

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N° 59

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Mme GENIN, née Jehanne KUNTZ

Née à Trouville (Calvados) le 14 juin 1889

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ATROPHIE ALIMENTAIRE
DU NOURRISSON

Président : M. MARFAN, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, RUE RACINE, 15

1925

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTEAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
	GILBERT
Clinique médicale.....	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	LEGUEU.
Clinique urologique.....	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BRAMI..... Pathologie médicale
 LGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 UBERTIN.... Pathologie médicale.
 ASSET..... Pathologie chirurgicale.
 AUDOUIN.... Pathologie médicale.
 INET..... Physiologie.
 LANCHETIÈRE Chimie biologique.
 FRANCA..... Histologie
 RULÉ..... Pathologie médicale.
 OSQUET..... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 ADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 LAMPY..... Histologie.
 MIRAY..... Pathologie médicale.
 MERC..... Pathologie médicale.
 BRÉ..... Hygiène.
 de JONG.... Anatomie pathologique.
 VOIR..... Médecine légale.
 ALLE..... Obstétrique.
 ESSINGER... Pathologie médicale.
 IX..... Pathologie médicale.
 RNIER..... Pathologie expérimentale.
 RVIÉ..... Pathologie médicale.
 ITZ-BOYER.. Urologie.
 VELACQUE.. Anatomie.
 TEUX..... Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS.. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER.... Obstétrique.
 LEMAITRE.... Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE.... Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL.. Obstétrique.
 LHERMITTE... Pathologie mentale.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MATHIEU..... Pathologie chirurgicale.
 METZGER..... Obstétrique.
 MCCQUOT.... Pathologie chirurgicale.
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale.
 MOURE..... Pathologie chirurgicale.
 MULON..... Histologie.
 PHILIBERT... Bactériologie.
 RIBIERRE.... Pathologie médicale.
 RICHET Fils... Physiologie.
 ROUVIÈRE.... Anatomie

 TANON..... Pathologie médicale.
 TIFFENEAU... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 VERNE..... Histologie.
 VILLARET.... Pathologie médicale.
 WELTER..... Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM

CEROT.... Pathologie médicale.
 NIOT..... Obstétrique.

MM.

RETTERRER.... Histologie.
 ROUSSY..... Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infan- tile.
LÉRI.....	Clinique médicale.
LÉPER.....	Clinique médicale.

MM.	
OMBREDANNE.	Clinique chirurgicale fantile.
PROUST	Clinique chirurgicale
RATHERY.....	Clinique médicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale
TERRIEN.....	Cliniq. ophtalmologie

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique l'adulte pour les accidentés du travail, mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	
N.....	
LEDOUX-LEBARD.....	
	Stomatologie.
	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

et

A MA MÈRE

*En témoignage de mon affection
reconnaissante.*

A MON MARI

*Qui m'a guidée dans l'étude de
la médecine.*

A MES ENFANTS

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR MARFAN

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Assistés
Membre de l'Académie de Médecine

Hommage de respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR ANDRÉ PETIT

Médecin Honoraire de l'Hôtel-Dieu

*Souvenir d'affectueuse gratitude
pour les précieuses leçons qu'il m'a
prodiguées, pendant trois ans, dans
son service.*

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MÉRY

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades

*En témoignage de reconnaissance
pour la bienveillance qu'il m'a tou-
jours témoignée.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR BARBIER

Médecin de l'Hôpital Hérold

*Qui m'inspira ce travail : hom-
mage reconnaissant.*

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

Stage bénévole et stage 1912-1913

- M. le Professeur agrégé ALGLAVE, Hôpital de la Pitié.
M. le Docteur MOSNY (*in memoriam*), Hôpital Saint-Antoine.
M. le Professeur DEBOVE (*in memoriam*), Hôpital Beaujon.

Externat

- M. le Professeur agrégé ALGLAVE, Hôpital de la Pitié, 1913-1914.
M. le Docteur ANDRÉ PETIT, Hôtel-Dieu, 1914-1917.
M. le Professeur agrégé SAUVAGE (*in memoriam*), Hôpital de la Pitié, 1917-1918.
M. le Docteur RAVAUT, Hôpital Broca, 1919.
M. le Professeur TERRIEN, Hôpital Beaujon, 1919-1920.
M. le Docteur SIREDEY, Hôpital Saint-Antoine, 1920-1921.
M. le Docteur BOUFFE DE SAINT-BLAISE, Hôpital Saint-Antoine, 1922-1923.

Internat provisoire

- M. le Professeur agrégé MÉRY, Hôpital des Enfants-Malades, 1918-1919.
M. le Professeur MARFAN, Hôpital des Enfants-Assistés, 1921.
M. le Docteur COURTOIS-SUFFIT, Maison Dubois, 1922.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ATROPHIE ALIMENTAIRE
DU NOURRISSON

INTRODUCTION

Nous avons en vue dans ce travail des cas d'atrophie alimentaire, observés à l'Hôpital Hérold dans le service de notre maître, M. le Dr Barbier, chez des nourrissons paraissant indemnes de toute hérédité spécifique, tuberculeuse ou pathologique quelconque.

Cette hérédité étant la cause la plus fréquente d'atrophie chez le nourrisson, nous nous sommes appliqués à la déceler et nous nous sommes entourés de tous les renseignements possibles, pratiquant des cuti-réactions à la tuberculine et des réactions de Bordet-Gengou, non seulement chez les enfants mais aussi chez les parents, même quand, cliniquement, ils paraissaient indemnes et nous avons éliminé encore ceux chez lesquels un léger doute pouvait subsister ne conservant que les observations qui paraissaient indiscutables.

Nos observations portent sur des enfants nés à

terme, bien constitués, pesant à la naissance un poids normal, issus de parents bien portants et qui secondairement se sont développés d'une façon insuffisante ou même ont perdu sur ce poids de naissance.

Nous avons laissé de côté les observations d'atrophie alimentaire tardive que l'on observe chez des nourrissons plus âgés et qui pose pour eux la question d'un sevrage plus ou moins précoce, nous limitant à recueillir seulement des observations d'atrophie alimentaire précoce se produisant dans les premiers mois de la vie.

Chez quelques-uns de nos enfants les fautes d'alimentation, causes de l'atrophie, étaient grossières ; leur suppression facile a provoqué une amélioration de l'état général et une reprise satisfaisante du poids.

Chez d'autres, les fautes alimentaires étaient moins apparentes ; des modifications rationnelles du régime ont cependant suffi à obtenir une reprise de poids.

Cette sédation facile des symptômes morbides, par suppression de la cause alimentaire, est une des caractéristiques de cette atrophie déterminée par la mauvaise digestion et par suite la mauvaise assimilation des produits ingérés. Contrairement à ce qui se produit dans l'atrophie de cause héréditaire qui, étant subordonnée à l'importance et à la profondeur des lésions viscérales congénitales, n'obéit pas dans les mêmes proportions et avec la même certitude aux conditions de bonne alimentation.

Cette amélioration rapide par modifications rationnelles du régime n'empêche pas ces enfants d'être très fragiles et d'être sujets à des épisodes de troubles digestifs aigus qui acquièrent chez eux une gravité toute particulière. En outre, du fait de leur mauvais état général, ils sont exposés à toutes les infections et incapables à leur résister. C'est ainsi que nous possédons quelques observations d'atrophiques alimentaires très infectés qui se sont terminées par la mort.

Les autopsies, quand il nous a été permis de les pratiquer, ont montré des organes de dimensions normales, indemnes d'atteintes syphilitiques ou tuberculeuses.

Après avoir rapporté nos observations, nous rappellerons brièvement les symptômes ; nous montrerons les difficultés du diagnostic avec l'atrophie de cause héréditaire et nous discuterons l'étiologie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Renée F..., âgée de 2 mois entre à l'Hôpital Hérold, salle Trousseau, le 21 octobre 1922.

Antécédents héréditaires. — Mère 30 ans, bien portante, n'a pas eu de fausse couche, ne tousse pas. Père 24 ans, en bonne santé.

Antécédents personnels. — C'est un premier enfant, né à terme après grossesse et accouchement normaux, pesant 3.770 grammes.

Nourrie au sein pendant un mois, elle n'avait pas de troubles digestifs et poussait bien d'après la mère qui ne peut pas fournir la courbe des poids.

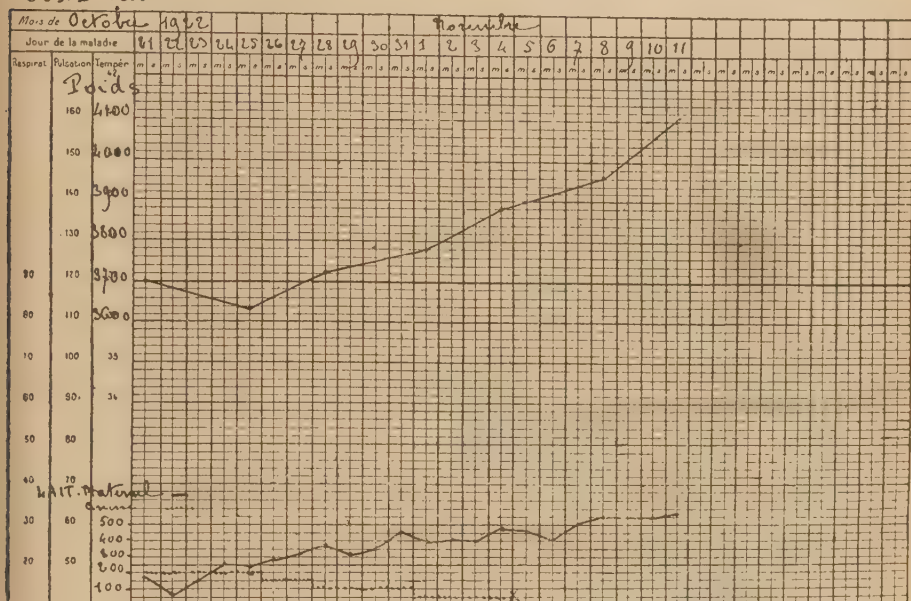
Puis mise pendant huit jours à l'allaitement mixte : 3 tétées au sein et 5 biberons de 90 grammes dont 70 grammes de lait et 20 grammes d'eau bouillie.

Au bout de huit jours, suppression du sein ; l'enfant prend 8 biberons de 90 grammes dont 70 grammes de lait, ce qui fait 560 grammes de lait par vingt-quatre heures. Dès ce moment des troubles digestifs nets commencent ; des vomissements se produisent plusieurs fois par jour survenant une heure après la prise du biberon, vomissements surtout fréquents et abondants la première semaine après le sevrage ;

les selles augmentent de fréquence, 4 à 5 par jour, elles deviennent mal liées, grumeleuses et d'odeur fétide.

Après quinze jours de ces troubles digestifs, la mère amène l'enfant à l'hôpital.

Obs. 1. Renée F... 2 mois.



A l'entrée, le 21 octobre, elle est âgée de 2 mois et pèse 3.700 grammes, étant alors au-dessous de son poids de 800 grammes et de son poids de naissance de 70 grammes.

A l'examen : enfant pâle, amaigrie, bien constituée. Pas de signes cutanés sauf de l'érythème fessier banal, la peau est fripée. Le ventre est mou et flasque. Le foie et la rate sont normaux.

Pas de micropolyadénopathie.

La bouche et la gorge sont normales.

Pas de lésions craniennes, la fontanelle est déprimée.

Pas de stigmates osseux.

La réaction de W. est négative.

La cuti-réaction à la tuberculine est négative.

Signes fonctionnels.— L'enfant boit bien ; pas de vomissements dans le service ; 4 selles d'odeur fétide ; grosses selles pâteuses peu colorées.

Après mise à l'eau, puis à l'eau d'orge vingt-quatre heures, l'enfant est remise au sein. La montée de lait revient assez rapidement ; tant qu'elle est insuffisante on complète à l'eau d'orge.

Le 25 octobre, pas de vomissements ; 3 selles encore mal liées mais pas fétides.

Le 28 octobre, les selles deviennent bonnes, 3 par jour. A partir de ce moment, l'enfant prend 20 grammes, puis 25 et 30 grammes par jour régulièrement pendant la quinzaine de jours qu'elle passe encore à l'hôpital.

Le 11 novembre, à la sortie, l'enfant pèse 4.100 grammes ayant pris 400 grammes en treize jours.

OBSERVATION II

Pierre L..., âgé de 3 mois.

Antécédents héréditaires. — Mère 28 ans, bien portante, n'a jamais eu de fausse couche, a eu une bonne grossesse.

Père 29 ans, bien portant.

Antécédents personnels. — Premier enfant, né à terme, pesant 3.400 grammes, accouchement normal.

La mère essaie de nourrir pendant un mois mais n'ayant que peu de lait elle complète les tétées par du lait de vache en quantité croissante. L'enfant pesait à un mois 4.000 gr. ;

à ce moment il est sevré et on lui donne 7 biberons par jour de 75 grammes de lait pur bouilli et sucré. Dès le sevrage l'enfant vomit régulièrement, après chaque tétée il a des régurgitations immédiates et aussi des vomissements tardifs de lait caillé ; pas de diarrhée mais tendance à la constipation, les selles sont pâteuses, peu colorées ; l'enfant maigrit continuellement.

Après trois semaines de ce régime alimentaire, la mère se décide à couper le lait au quart ; elle donne 70 grammes de lait pur et 20 grammes d'eau. Les vomissements continuent, surtout les régurgitations, mais l'enfant reprend un peu alors que pendant le deuxième mois il avait uniquement perdu.

A 3 mois, il pèse 4.200 grammes, il est au-dessous de son poids de 1.000 grammes.

A l'examen, le 26 août, c'est un enfant bien conformé mais hypotrophique, il a la peau fripée.

Il n'a pas de lésions cutanées, pas de micropolyadénopathie.

La rate et le foie sont normaux.

Rien d'anormal au niveau de la bouche, du voile du palais, du pharynx.

Pas de lésions testiculaires.

Pas de déformations craniennes, ni osseuses.

L'auscultation du cœur et des poumons ne révèle rien d'anormal.

Après vingt-quatre heures à l'eau bouillie, on met l'enfant à 7 biberons par vingt-quatre heures, composés de 70 gr. de lait et 30 grammes d'eau bouillie sucrée au dixième.

Le 29 août, l'enfant n'a plus de vomissements tardifs mais encore quelques régurgitations ; deux selles meilleures.

Le 31 août, les selles sont bonnes ; l'enfant reprend.

Les jours suivants l'enfant n'a plus de troubles digestifs ; il augmente régulièrement de 20 à 25 grammes, puis de 30 à 35 grammes.

OBSERVATION III

Marcel P..., âgé de 6 semaines, entre salle Trousseau, le 22 mars 1922.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, n'a pas eu de fausse couche, a eu une bonne grossesse. Père bien portant au moment de la conception, perdu de vue depuis, ayant abandonné la mère dès le quatrième mois de la grossesse.

Antécédents personnels. — Né à terme par accouchement normal, pesant 3.400 grammes. Nourri au sein maternel pendant un mois ; avait souvent des régurgitations aussitôt après la tétée mais jamais de vomissements tardifs ; les selles étaient bonnes mais l'enfant n'augmentait pas assez d'après la mère qui, à cause de cela, le sèvre.

A un mois, l'enfant prend 75 grammes de lait et 25 grammes d'eau sucrée huit fois dans les vingt-quatre heures ; aussitôt les régurgitations augmentent et des vomissements tardifs de lait caillé se produisent d'une façon habituelle ; les selles sont pâteuses, mal liées ; le poids diminue au lieu d'augmenter.

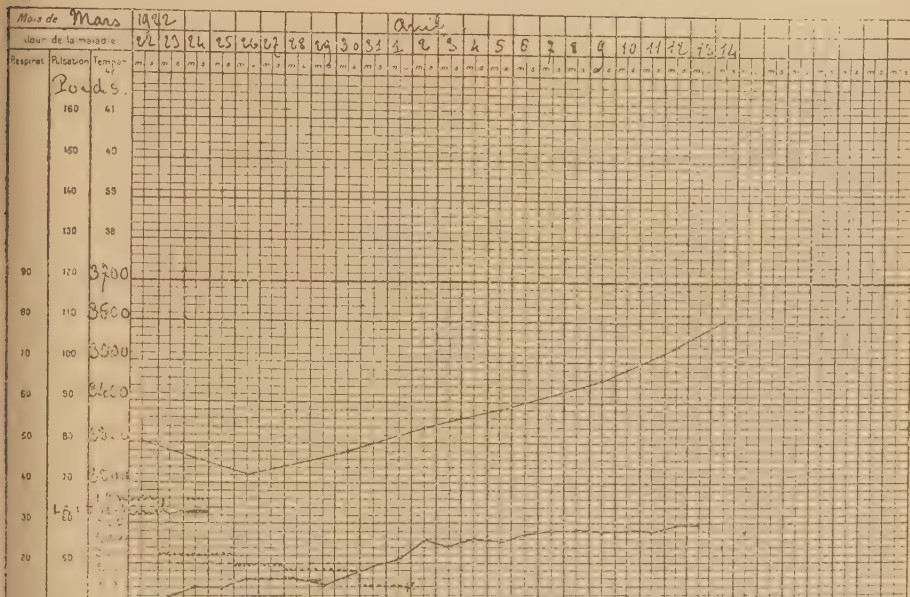
Après quinze jours de ces troubles digestifs, la mère amène l'enfant à l'hôpital.

Le 22 mars 1922, à l'entrée, il est âgé de six semaines et pèse 3.300 grammes ; il est au-dessous de son poids de

825 grammes et de son poids de naissance de 100 grammes.

A l'examen : Enfant pâle et amaigri, présentant une infection cutanée du dos de la main droite avec tuméfaction sous-jacente. Petits ganglions de l'aisselle droite mais pas de micropolyadénopathie.

Ob. 33 Marcel P... 6 semaines



Pas de signe de rachitisme cranien, la fontanelle est déprimée.

Foie normal, rate normale.

Bouche et voile du palais normaux.

Rien de spécial à l'auscultation du cœur et des poumons.

Signes fonctionnels. — Trois selles verdâtres, mal digérées, glaireuses ; quelques vomissements rares peu de temps après les tétés.

Après vingt-quatre heures à l'eau d'orge, l'enfant est

Pas de vomissements mais les selles sont encore mal digérées.

Le 1^{er} avril, la remise au sein s'effectue bien ; l'enfant prend de mieux en mieux ; les selles sont encore mal liées. La suppuration de la main a cessé.

Le 3 avril, l'enfant va bien, les selles s'améliorent ; le poids augmente. La main est encore un peu rouge sans tuméfaction ni suppuration.

Le 5 avril, l'état général est bon, les selles sont normales ; le poids augmente. La main est guérie, les mouvements de flexion et d'extension sont faciles et indolores.

Le 14 avril, l'enfant sort en bon état, augmentant régulièrement. Il pèse 3.600 grammes.

Deuxième séjour à l'hôpital Hérold.

Le 5 mai, l'enfant rentre à la salle Trousseau. Il n'a pris que 20 grammes en tout depuis sa sortie. Il a été remis à l'allaitement mixte sur les conseils d'un médecin qui lui a fait donner 3 biberons de 75 grammes, en plus du sein. Les vomissements ont recommencé et ont augmenté de nombre et d'abondance. Les selles sont redevenues mauvaises.

De plus l'enfant tousse par quintes courtes et fréquentes depuis le 25 avril, il aurait eu le 2 mai un accès de suffocation après une de ces quintes.

A l'examen à l'entrée : l'enfant a des râles de bronchite disséminés dans les deux poumons mais surtout nombreux du côté droit. Pas de submatité, ni de foyers.

Le ventre est mou. Le foie et la rate sont normaux.

Signes fonctionnels. — Vomissements après chaque prise, selles glaireuses, mal digérées. Toux fréquente.

Signes généraux. — Enfant grognon, criant la nuit. On

met l'enfant vingt-quatre heures à l'eau d'orge puis on redonne uniquement le sein.

Le 7 mai, les signes pulmonaires s'amendent, encore beaucoup de râles humides à droite. La remise au sein s'effectue normalement, l'enfant n'a plus de vomissements ; les selles sont encore mauvaises ; la chute du poids continue.

Le 9 mai, encore des râles humides à droite. L'enfant tête bien. Les selles sont meilleures.

Le 12 mai, disparition des signes pulmonaires ; les selles sont bonnes ; l'enfant pousse mais lentement.

Le 24 mai, à sa sortie l'enfant est en bon état ; les selles sont normales ; la courbe des poids augmente régulièrement. L'enfant pèse 3.900 grammes.

OBSERVATION IV

Louise B..., âgée de 2 mois $1/2$, entre à l'Hôpital Hérold, salle Trousseau, le 18 septembre 1922.

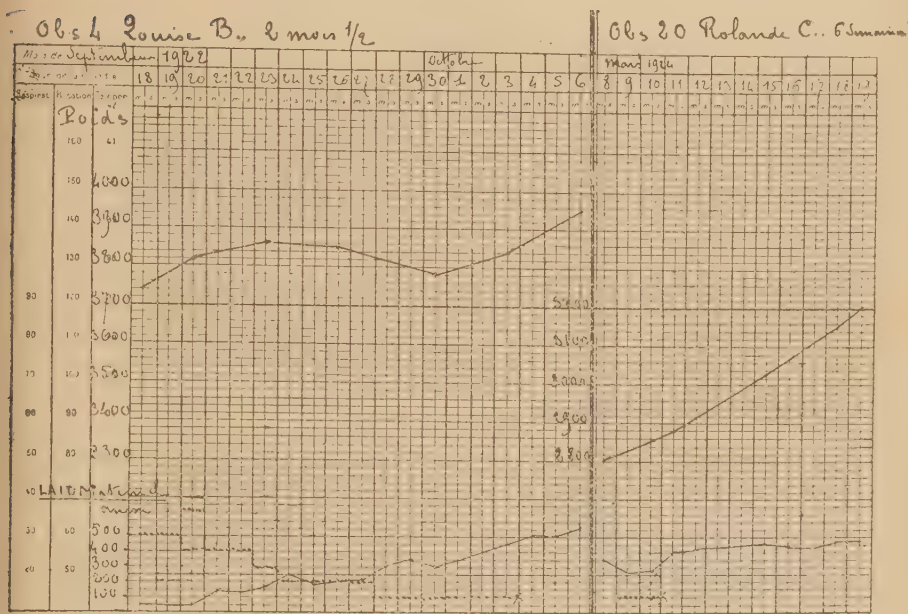
Antécédents héréditaires. — Mère 25 ans, bien portante, a fait une fausse couche de 2 mois $1/2$, un an avant sa grossesse, à la suite d'une chute, dit-elle. Père 24 ans, bien portant.

Antécédents personnels. — Née à terme après grossesse normale et accouchement normal, pesant 2.970 grammes.

Nourrie deux mois au sein, tétait bien ; pas de diarrhée ni de vomissements. A 2 mois, l'enfant pesait 3.950 grammes ; la mère la sevrà à ce moment parce qu'elle n'avait plus assez de lait, dit-elle, et lui donna 8 biberons de 100 grammes dont 80 de lait. Les selles devinrent plus nombreuses, 4 à 5 par jour, verdâtres, séro-grumeleuses ; pas de vomissements ; perte

de poids de 210 grammes en quinze jours. La mère amène l'enfant à ce moment.

Le 18 septembre, à l'entrée dans le service, la petite Louise, âgée de 2 mois 1/2, pèse 3.740 grammes, elle est au-dessous de son poids de 1.100 grammes.



A l'examen : enfant pâle à facies d'hypotrophique à peau fripée.

Elle n'a pas de signes cutanés ni muqueux.

Le ventre est souple, le foie et la rate normaux.

Pas de micropolyadénopathie.

Pas de signes de rachitisme crânien, ni osseux au niveau des épiphyses ; seulement un chapelet costal.

La bouche et le palais sont normaux.

Pas de coryza.

Rien de particulier à l'auscultation du cœur et des poumons.

Signes fonctionnels. — L'enfant prend avec appétit, elle n'a pas de vomissements dans le service ; deux selles le premier jour, pâteuses, couleur mastic.

Signes généraux. — L'enfant n'est pas agitée, elle dort bien la nuit et crie peu mais avec force.

On la met vingt-quatre heures à l'eau, puis ensuite au sein, complété par le lait d'ânesse.

La réaction de W. est négative.

Le 21 septembre, l'enfant tire bien, la montée de lait ne se fait que lentement, 70 grammes en vingt-quatre heures, on complète au lait d'ânesse. Pas de vomissements ; deux selles normales.

Le 24 septembre, l'enfant va bien, elle augmente régulièrement, les selles sont bonnes. Le lait de la mère augmente lentement mais régulièrement.

Le 27 septembre, l'enfant a des selles séro-grumeleuses ; baisse de poids.

Le 1^{er} octobre, l'enfant va bien ; les selles sont bonnes mais elle a perdu 90 grammes.

A partir de ce moment, elle reprend régulièrement pendant une semaine de 20 à 25 grammes.

Le 7 octobre, l'enfant sort en bon état, augmentant bien.

OBSERVATION V

Henri B..., âgé de 3 mois, entre à l'hôpital Hérold, salle Trousseau, le 3 janvier 1921.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, n'a pas eu de fausse couche, a eu 2 autres enfants ; les trois grossesses ont été normales ; les trois enfants sont nés à terme. Père bien portant. Frère et sœur en bonne santé.

Antécédents personnels. — Né à terme, la mère ne se rappelle pas son poids à la naissance, il a été nourri un mois et demi au sein, il n'avait pas de troubles digestifs et poussait bien.

A un mois et demi, l'enfant, sans aucune raison apparente, n'augmente plus ; un médecin le fait sevrer et mettre au biberon, mais ce changement de régime n'amène aucune amélioration, au contraire ; le poids n'augmente pas et de plus des troubles digestifs apparaissent, vomissements, mauvaises selles.

L'enfant prenait par jour 400 grammes de lait de vache stérilisé, 80 grammes d'eau bouillie, 40 grammes de sucre.

Le 25 janvier, l'enfant commence à tousser. Il tousse de plus en plus les jours suivants. La mère l'amène à l'hôpital.

Le 3 janvier à l'entrée, l'enfant a 3 mois et pèse 2.940 gr. Il est au-dessous de son poids de 2.300 grammes.

A l'examen : facies d'atrophique ; c'est un enfant bien conformé, sans signes cutanés ni muqueux.

Il n'a pas de micropolyadénopathie.

Pas de rachitisme crânien, ni osseux.

Le foie et la rate sont normaux.

La bouche et le voile du palais n'ont rien de particulier. Pas de lésions testiculaires.

A l'auscultation des poumons en arrière : râles de bronchite disséminés, râles plus secs et plus fins au sommet droit où on entend également du retentissement du cri.

A la percussion, submatité à droite, en arrière.

Signes fonctionnels. — Toux fréquente, quinteuse et persistante.

Deux selles grumeleuses et glaireuses.

L'enfant est remis au sein.

Le 7 janvier, la toux est de plus en plus fréquente ; l'enfant est très dyspnéique.

A l'auscultation : foyer de broncho-pneumonie au sommet droit avec souffle et râles sous-crépitaux aux deux temps de la respiration en arrière.

A la percussion : submatité à droite, en avant et en arrière.

Etat général mauvais, asthénie.

Persistance des selles diarrhéiques.

Le 10 janvier, dyspnée intense, toux persistante.

A l'auscultation : le foyer de broncho-pneumonie à droite n'a pas changé mais on n'entend beaucoup plus de râles de bronchite du côté gauche.

L'état général s'aggrave, l'asthénie augmente, l'enfant ne réagit pas.

Les selles sont mauvaises, liquides.

Le 12 janvier, très mauvais état général.

Les signes stéthoscopiques du poumon droit diminuent.

Les selles sont purulentes et sanglantes.

L'enfant meurt le 14 janvier.

L'autopsie ne peut être pratiquée.

OBSERVATION VI

Camille B..., âgé de 3 mois 1/2, entre salle Jules Simon, le 6 août 1919.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, n'a pas eu de fausse couche, a eu une bonne grossesse. Père inconnu.

Antécédents personnels. — Premier enfant né à terme, la mère ne se rappelle pas son poids à la naissance.

Nourri au sein pendant un mois, poussait bien. Puis nourri au biberon par une nourrice qui lui donnait 7 biberons par vingt-quatre heures, composés de 75 grammes de lait bouilli, 45 grammes d'eau bouillie et 1 morceau de sucre. Depuis qu'il est au biberon les selles sont vertes et contiennent beaucoup de grumeaux blancs; l'enfant n'a pas de vomissements; il maigrit continuellement.

Le 6 août à l'entrée, le petit Camille âgé de 3 mois 1/2 pèse 2.400 grammes; il est au-dessous de son poids de 2.800 gr.

C'est un atrophique extrêmement infecté, il en a le facies typique de petit vieillard à peau fripée et émaciée, les traits sont tirés, les yeux encavés. Il a des escharres infectées au niveau des fesses, des talons, de la région trochanterienne droite.

On ne trouve pas de stigmates de syphilis, pas de rachitisme crânien, pas de lésions de la bouche ni du voile du palais.

L'abdomen est volumineux, de consistance pâteuse avec péristaltisme. On ne peut délimiter le foie.

On ne trouve rien à l'auscultation du cœur et des poumons.

Signes fonctionnels. — L'enfant ne boit pas, ne crie pas. Etat général très mauvais.

L'enfant meurt le 8 août, trente heures après son entrée.

Autopsie. — Organes de dimensions normales, pas de tuberculose pulmonaire, même pas de ganglions hilaires.

OBSERVATION VII

René G .., âgé de 1 an 1/2, entre à l'Hôpital Hérold, salle Troussseau le 15 février 1924.

Antécédents héréditaires. — Mère a toujours été bien portante, n'a pas eu de fausse couche, a eu une bonne grossesse et un accouchement normal. Père bien portant.

Antécédents personnels. — Né à terme, pesant 3.500 gr. Nourri au sein pendant un mois, a eu depuis le onzième jour des selles vertes au nombre de 3 ou 4 par jour, et des régurgitations presque après chaque tétée.

A un mois, la mère l'a sevré et sur les conseils d'un médecin, l'a mis quatre jours à la farine lactée puis lui a donné 6 biberons de 75 grammes, moitié eau, moitié lait, par vingt-quatre heures. Les selles vertes ont disparu, remplacées par de la constipation ; les régurgitations ont diminué mais l'enfant a maigri de plus en plus. C'est pour cela que la mère l'a amené à l'hôpital.

Le 15 février, à l'entrée, l'enfant âgé de 6 semaines pèse 3.130 grammes, il est au-dessous de son poids de 1.000 gr. et de son poids de naissance de 370 grammes.

A l'examen : c'est un enfant bien constitué, sans lésions cutanées, sans stigmates craniens ni rachitisme osseux.

Il est pâle et maigre avec la peau frippée. Le ventre est mou, le foie et la rate sont de dimensions normales.

L'examen de la bouche et du pharynx ne révèle rien de particulier, pas de coryza.

L'auscultation du cœur et des poumons est normale.

Signes fonctionnels. — Pas de vomissements dans le service ; l'enfant boit avec appétit ; deux selles abondantes, pâteuses, peu colorées le premier jour.

L'état général n'est pas mauvais ; l'enfant n'est pas agité, il dort bien, il crie avec force.

On le met vingt-quatre heures à l'eau d'orge, puis on le remet au sein en complétant la sécrétion lactée insuffisante par du lait d'ânesse.

Le 17 février, les selles sont bonnes. L'enfant prend 23 grammes par jour jusqu'au 20 février.

Du 20 au 24 février, l'enfant prend 30 grammes par jour, il n'a aucun trouble digestif.

Le 24 février il sort sur la demande de la mère, pesant 3.320 grammes, en bon état.

OBSERVATION VIII

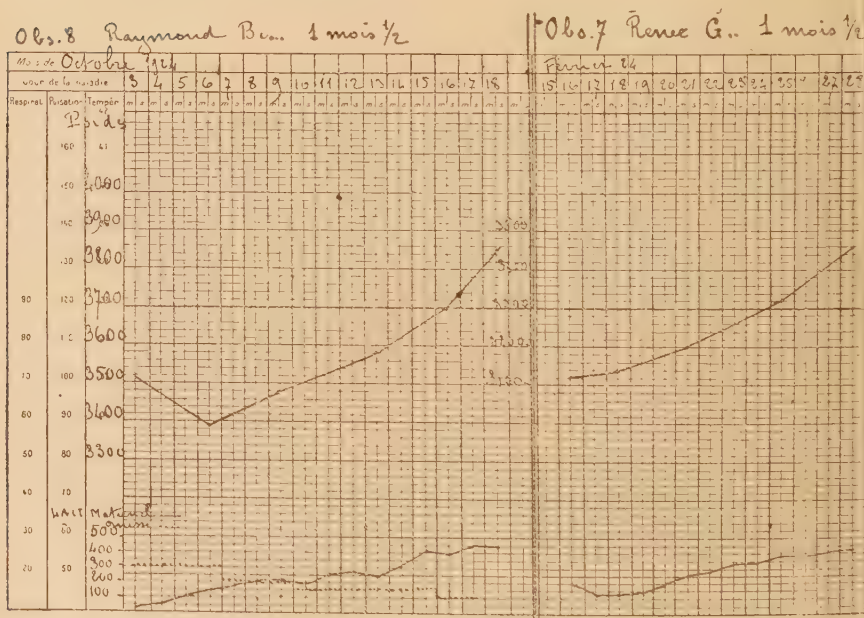
Raymond B..., âgé de 1 mois 1/2, entre salle Trousseau le 30 septembre 1924.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, n'a eu dans ses antécédents que la rougeole à 10 ans, pas de fausse couche, une bonne grossesse, un accouchement normal à terme. Père bien portant, a eu des bronchites étant enfant mais ne tousse pas d'une façon habituelle.

Antécédents personnels. — Né à terme, pesant 3.500 gr. Nourri au sein maternel pendant quinze jours : 7 tétées par jour, données d'une façon irrégulière et un biberon de 45 grammes d'eau bouillie sucrée la nuit ; les selles étaient normales, l'enfant bien portant poussait bien d'après la mère.

Trouvant cependant qu'elle n'avait plus assez de lait, le quinzième jour la mère ne donne plus que 3 ou 4 tétées au sein de dix minutes chaque fois, très peu abondantes et ajoute 6 biberons de 50 grammes, moitié eau bouillie sucrée, moitié lait bouilli.

Après quinze jours de ce nouveau régime pendant lequel



l'enfant n'avait pas de troubles digestifs, la mère cesse complètement de donner le sein pour reprendre son travail et remet l'enfant chez sa sœur. Il est âgé alors de 1 mois et prend 7 biberons par jour de 80 grammes dont 55 grammes de lait. A partir de ce moment il est agité, pleurant des nuits entières ; il a 5 ou 6 selles par jour, glaireuses avec des parcelles blanches et assez fétides ; il commence à maigrir d'une façon visible et change d'aspect.

Le 25 septembre, c'est-à-dire dix jours après le début de ces troubles digestifs, on dut le changer dix fois pendant la nuit pour de la diarrhée verte, presque liquide, très fétide.

Un médecin consulté le 26 septembre fait cesser le lait quarante-huit heures et mettre l'enfant au bouillon de légume. La diarrhée ne cessant pas le lendemain, le médecin le fait laisser vingt-quatre heures à l'eau sucrée uniquement. La diarrhée diminue.

Le 28 septembre, la mère redonne à l'enfant son régime habituel puis, les signes ne s'amendant pas, l'amène à l'hôpital.

Le 30 septembre, à l'entrée, le petit Raymond âgé de six semaines, pèse 3.510 grammes. Il est juste à son poids de naissance et au-dessous de son poids de 600 grammes.

A l'examen, l'enfant est pâle avec un facies d'hypotrophique. Les sutures pariéto-occipitales chevauchent un peu.

Il est un peu déshydraté, la peau du ventre gardant un peu le pli.

Il a un érythème fessier banal et une croûte sur la cicatrice ombilicale.

Pas de micropolyadénopathie.

Pas de stigmates crâniens ni de rachitisme osseux.

Pas de lésions testiculaires.

Bouche et gorge normales.

Foie et rate de dimensions normales.

Signes fonctionnels. — Pas de vomissements ; l'enfant boit bien, 5 selles glaireuses fétides.

Enfant agité, dormant peu, criant fort.

On met l'enfant vingt-quatre heures à l'eau d'orge.

On fait entrer la mère pour remettre l'enfant au sein.

Les jours suivants l'enfant est au lait de la mère complété par du lait d'ânesse. Il n'a plus que deux selles par jour qui vont en s'améliorant. Il est calme, ne se plaint plus, l'aspect devient meilleur.

Le poids qui, le 6 octobre, avait diminué jusqu'à 3.390 gr. remonte rapidement avec une moyenne de 30 grammes par jour.

Le 17 octobre, l'enfant sort en bon état, ayant 2 bonnes selles par jour et pesant 3.850 grammes.

OBSERVATION IX

Raymonde B..., âgée de 2 mois, entre à la salle Trousseau le 10 mars 1922.

Antécédents héréditaires. — Mère en bonne santé a eu 6 enfants et pas de fausse couche. Père en bonne santé. Des 6 enfants, 4 sont en bonne santé ; une est morte à cinq semaines, dans le service de M. le Dr Guinon, à la suite de vomissements qui empêchaient toute alimentation ; la 6^e est notre petite malade.

Antécédents personnels. — Née à terme, pesant 3.400 gr. à la naissance. Nourrie au sein le premier mois elle grossissait bien, dit la mère. Puis à cause de son travail la mère la met à l'allaitement mixte. On ne peut savoir ce que l'enfant prenait de lait par vingt-quatre heures.

A 5 semaines, l'enfant tousse pendant une huitaine de jours.

A 2 mois, le 8 mars, l'enfant rejette du lait caillé plusieurs fois dans la journée, elle a 3 selles vertes mal digérées, un peu fétides. Les vomissements augmentant et survenant

après toutes les tétées, la mère amène l'enfant à l'hôpital.

Le 10 mars à l'entrée, la petite Raymonde, âgée de 2 mois pèse 3.800 grammes, elle est au-dessous de son poids de 700 grammes. C'est une enfant pâle, amaigrie.

A l'examen : on ne trouve pas de lésions cutanées.

Pas de déformations osseuses. Pas de stigmates de syphilis, pas de micropolyadénopathie.

Le ventre est mou, la peau un peu fripée ne garde pas le pli, le foie et la rate sont normaux.

L'examen de la bouche et du voile du palais ne présente rien de particulier.

Cœur et poumons normaux à l'auscultation.

La fontanelle est déprimée.

Signes fonctionnels. — Quatre selles abondantes, pâteuses couleur mastic, un peu fétides ; plusieurs vomissements de lait caillé.

L'enfant boit bien, n'est pas agité, dort bien la nuit. Le cri est normal.

On remet l'enfant uniquement au sein maternel après vingt-quatre heures à l'eau d'orge et on complète au lait d'ânesse.

Le 11 mars, l'enfant tire bien ; les vomissements ont cessé ; les selles sont encore grumeleuses ; l'état général est bon.

Le 13 mars, les selles sont meilleures, pas de vomissements, l'enfant commence à reprendre.

Le 16 mars, bonnes selles, pas de vomissements, le poids augmente.

Le 19 mars, l'enfant sort sur la demande de la mère ; il n'a plus de troubles digestifs, l'état général est bon, il pousse bien.

OBSERVATION X

Hélène G..., âgée de 3 mois 1/2, entre à l'Hôpital Hérold salle Trousseau, le 25 octobre 1922.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante n'a pas eu de fausse couche, a eu deux bonnes grossesses menées à terme. Père bien portant. Un frère de 3 ans 1/2 est en bonne santé.

Antécédents personnels. — Née à terme, pesant 3.270 gr., nourrie au sein pendant un mois et demi avait souvent des régurgitations et ne poussait pas suffisamment, d'après la mère.

Mise à cause de cela à 1 mois 1/2 au lait condensé sucré : 8 biberons de 90 grammes d'eau et deux cuillerées à café de lait condensé, aurait pris 600 grammes en une semaine puis ensuite aurait eu une courbe de poids très irrégulière.

Les vomissements n'ont pas cessé et depuis le sevrage les selles sont habituellement mal digérées.

Le 17 octobre, le nombre des selles augmente, 4 à 5 par jour, elles sont de plus en plus mal liées et grumeleuses et sentent mauvais. En outre l'enfant commence à tousser.

Après sept jours de ces troubles persistants, la mère amène l'enfant à l'hôpital.

Le 25 octobre à l'entrée, la petite Hélène, âgée de 3 mois 1/2, pèse 4.310 grammes, elle est au-dessous de son poids de 1.200 grammes.

A l'examen : Enfant pâle à facies d'hypotrophique, les yeux sont cernés, la fontanelle déprimée.

L'enfant a une toux grasse assez fréquente.

La réaction de Bordet-Gengou est négative chez la mère et chez l'enfant par les trois méthodes.

Cuti-réaction à la tuberculine négative.

Les jours suivants l'enfant tête bien, n'est pas agitée, dort bien, les selles restent grumeleuses et d'odeur fétide.

Les râles de bronchite diminuent.

Le 8 novembre, les selles ont bon aspect mais sentent encore mauvais. Pas de vomissements. Bon état général.

Le 13 novembre, les selles sont bonnes ; l'enfant pousse bien ; la courbe des poids augmente régulièrement d'une trentaine de grammes par jour.

Le 23 novembre à la sortie l'enfant pèse 4.410 grammes, il est en bon état, depuis le 8 novembre il prend régulièrement 30 grammes par jour.

OBSERVATION XI

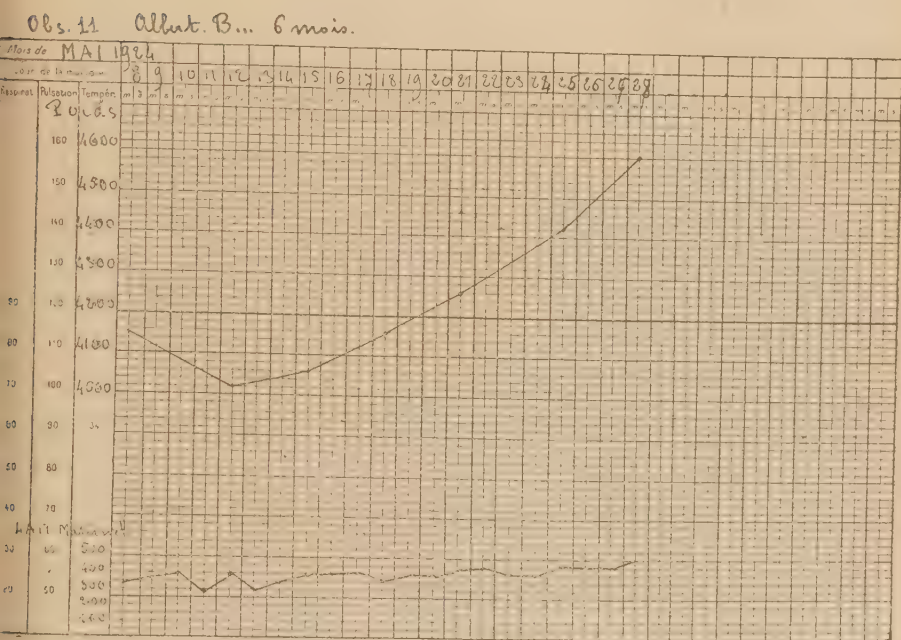
Albert B..., âgé de 5 mois $1/2$, entre à l'hôpital Hérold, salle Trousseau, le 8 mai 1924.

Antécédents héréditaires. — Mère, 24 ans, bien portante, n'a pas eu de fausse couche, a eu une bonne grossesse et un accouchement normal. Bien qu'elle nourrisse, elle a ses règles tous les mois. Père 26 ans, bien portant.

Antécédents personnels. — Né à terme pesant 3.100 gr. à la naissance. Nourri au sein quelques jours, puis à l'allaitement mixte, il a depuis sa naissance des régurgitations immédiatement après les prises, mais depuis l'âge de 4 mois, ces régurgitations ont beaucoup augmenté de nombre et de quantité. Il prend 3 tétées au sein, abondantes d'après la

mère, et 4 biberons de 150 grammes de lait bouilli coupé au quart. La mère a remarqué qu'après le biberon le lait rejeté était souvent caillé tandis [qu'il ne l'était jamais après les tétées au sein.

Les selles au nombre de 3 par jour contiennent presque



toujours des grumeux blancs, elles sont pâtesuses, décolorées : elle ne sont pas fétides.

Les vomissements augmentant et l'enfant ne grossissant pas, la mère se décide à l'amener à l'hôpital.

Le 8 mai à l'entrée, l'enfant âgé de 5 mois 1/2 pèse 4150 gr. il est au-dessous de son poids de 2.600 grammes.

A l'examen, il a l'aspect classique de l'atrophique, le facies

vieillot, fripé avec les traits accentués et tirés, il est pâle. C'est un enfant bien conformé qui ne présente pas de lésions cutanées ni de rachitisme syphilitique.

Le crâne est ossifié normalement avec une fontanelle déprimée.

Pas de micropolyadénopathie.

Il a des nodosités costales, un peu d'épaississement des épiphyses des avant-bras et des jambes.

Le ventre est mou, étalé avec la peau fripée, amincie, le foie et la rate sont de dimensions normales.

La bouche, le voile du palais et la gorge sont normaux.

Rien de particulier à l'auscultation du cœur et des poumons.

Le Wassermann de la mère et de l'enfant est négatif par les trois méthodes.

La cuti-réaction à la tuberculine est négative.

On met l'enfant vingt-quatre heures à l'eau d'orge puis à l'eau d'orge et au lait maternel.

Le 12 mai, on donne une bouillie et le lait maternel après analyse.

Analyse du lait maternel:

Beurre : matin 39 grammes, soir 40 grammes.

Le 15 mai, pas de vomissements, les selles sont bonnes ; l'enfant augmente régulièrement.

Le 28 mai à la sortie, l'enfant est en bon état ; il n'a plus de vomissements ; les selles sont bonnes ; l'enfant pèse 4.600 gr. ayant pris 600 grammes depuis le 12 mai.

OBSERVATION XII

Geneviève D..., âgée de 7 semaines, entre salle Trousseau le 6 mars 1922.

Antécédents héréditaires. — La mère a fait une fausse couche de 5 mois en octobre 1920, après des pertes répétées; elle n'a pas d'antécédents bacillaires. Père a parfois des maux de tête très violents survenant sans horaire régulier et s'accompagnant assez souvent de vomissements bilieux.

Le père a d'un autre mariage un garçon de 11 ans, assez chétif.

Antécédents personnels. — Enfant né près du terme après grossesse normale, pesant à la naissance 2.980 grammes. Nourri au sein pendant trois semaines, il avait souvent des vomissements une à deux heures après la tétée.

A 3 semaines, la mère donne en plus du sein un biberon de 35 grammes de lait de vache coupé au tiers.

Puis remarquant que l'enfant tète mieux au biberon qu'au sein, vers la fin de la quatrième semaine, la mère donne uniquement le biberon. L'enfant prend alors 7 biberons par jour de 50 grammes de lait plus un tiers d'eau. Les vomissements continuant et même augmentant et en outre l'enfant toussant un peu par quintes depuis le 3 mars, la mère l'amène à l'hôpital.

Le 6 mars à l'entrée, la petite Geneviève, âgée de 7 semaines, pèse 3.170 grammes, elle est au-dessous de son poids de 1.000 grammes.

A l'examen, c'est une enfant maigre et pâle, à facies d'hypotrophique qui n'a pas d'autre lésions cutanées que de l'éry-

thème fessier banal. Pas de stigmates de syphilis, pas de rachitisme crânien, pas de micropolyadénopathie. La peau du ventre est amincie et ridée, elle ne garde pas le pli des doigts, le ventre est mou, le foie et la rate sont normaux. La bouche et la gorge sont normales.

Pas de signes pulmonaires.

Signes fonctionnels. — Un peu de coryza muqueux qui date de deux jours, d'après la mère; vomissements après toutes les tétées; selles grumeleuses.

Enfant tranquille, dormant bien la nuit, criant peu. On la met vingt-quatre heures à l'eau d'orge puis ensuite au sein complété par du lait d'ânesse.

Le 8 mars, le nombre des vomissements a diminué, quelques-uns encore se produisent soit immédiatement après la tétée, soit tardivement; les selles sont jaunes, mal digérées, grumeleuses; l'érythème fessier est en bonne voie de guérison.

Le 11 mars, persistance des vomissements, on donne du citrate de soude, les selles sont meilleures, mieux liées. Le coryza est tout à fait terminé.

Le 16 mars, encore quelques vomissements moins abondants toutefois qu'au moment de l'entrée. Les selles sont bonnes. On est toujours obligé de compléter au lait d'ânesse les tétées insuffisantes.

Le 20 mars, pas de vomissements depuis deux jours, la montée de lait augmente, l'enfant prend de plus en plus au sein.

Le 26 mars à la sortie, l'enfant est en bon état, elle n'a plus de troubles digestifs et reprend.

OBSERVATION XIII

Mauricette L..., âgée de 4 mois, entre à l'Hôpital Hérold, salle Jules Simon, le 8 août 1919.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, n'a pas eu de fausse couche, a eu une bonne grossesse et un accouchement normal. Père bien portant.

Antécédents personnels. — Première enfant, née près du terme, pesant à la naissance 2.950 grammes.

Mise en nourrice à 1 mois chez une femme ayant 6 enfants à nourrir dans les mêmes conditions, 2 de ces enfants sont venus mourir à l'Hôpital Hérold depuis quinze jours.

Le 8 août à l'entrée en salle, l'enfant, âgée de 4 mois, pèse 2.600 grammes ; elle au-dessous de son poids de 3.000 gr.

Signes fonctionnels. — Pas de vomissements dans le service mais de mauvaises selles glaireuses et fétides.

Signes physiques. — Enfant atrophique, présentant le faciès vieillot caractéristique, pâle, ridée, anémiée, pas de lésions cutanées autres qu'un érythème fessier ; la fontanelle est déprimée mais le crâne ne présente pas d'anomalies ; pas de micropolyadénopathie ; des nodosités costales.

Foie et rate sont de dimensions normales ; gorge et bouche n'ont rien de particulier. L'auscultation du cœur et des poumons ne révèle rien.

Le 10 août, pas de vomissements mais toujours des selles glaireuses, fétides.

Les jours suivants constipation, l'enfant ne va à la selle qu'avec un lavement, selles glaireuses.

Le 15 août, mort brusque.

Autopsie, le 16 août. — Les organes sont de dimensions normales.

Pas de lésions tuberculeuses pulmonaires, ni ganglionnaires.

OBSERVATION XIV

Roger D..., âgé de 2 mois 1/2, entre à l'Hôpital Hérold, salle Trousseau, le 3 novembre 1919.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, n'a pas eu de fausse couche, a eu une bonne grossesse avec accouchement normal. Père a souvent des bronchites l'hiver depuis la guerre où il a été plusieurs fois gazé.

Antécédents personnels. — Né à terme pesant 2.900 gr. ; nourri au sein le premier mois ; mis ensuite à l'allaitement mixte, quatre fois le sein et trois fois le biberon par vingt-quatre heures, il est impossible de savoir la quantité de lait prise par biberon et le coupage, le tout devant être variable.

L'enfant a des vomissements depuis qu'il est à l'allaitement mixte, se produisant parfois aussitôt après la tétée, mais le plus souvent plusieurs heures après, il rejette alors d'assez grandes quantités de lait caillé. L'enfant est atteint d'une constipation opiniâtre.

A 2 mois, il commence à tousser, surtout la nuit.

Le 3 novembre à l'entrée, l'enfant pèse 3.700 grammes ; il est au-dessous de son poids de 1.100 grammes.

A l'examen : il a l'aspect d'un hypotrophique, il est pâle, anémié, il a de l'érythème fessier banal, pas d'autres lésions cutanées.

La fontanelle est déprimée.

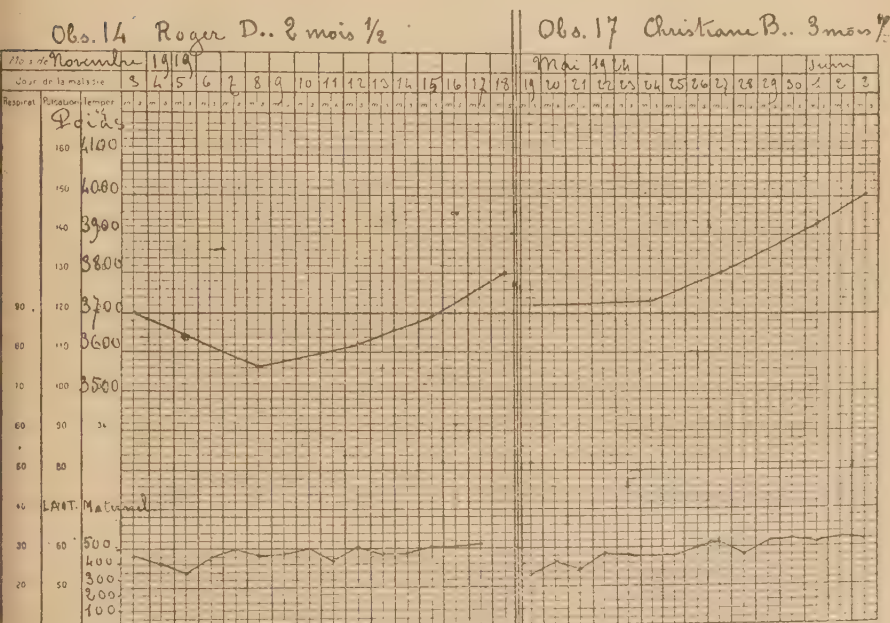
Pas de rachitisme crânien, pas de rachitisme osseux.

Pas de micropolyadénopathie.

Bouche et gorge normales.

Le ventre est mou, le foie et la rate sont normaux.

A l'auscultation pulmonaire : gros râles de bronchite dans les deux poumons.



Signes fonctionnels : pas de vomissements dans le service, selles mal digérées, grumeleuses, peu colorées, fétides. Toux surtout nocturne.

L'enfant n'est pas agité, le cri est fort.

On met l'enfant vingt-quatre heures à l'eau d'orge puis uniquement au sein maternel.

La cuti-réaction à la tuberculine est négative.

Le 5 novembre, pas de vomissements mais les selles sont mauvaises, mal digérées, fétides ; le poids a baissé de 150 gr.

L'enfant ne tousse presque plus.

L'analyse du lait maternel faite le 8 novembre, montre un excès de caséine et pas assez de graisse.

On change le régime de la mère, on supprime la viande au repas du soir.

Le 14 novembre, les selles sont meilleures ; on ne trouve plus de râles à l'auscultation ; la courbe des poids remonte depuis le 8 de 20 grammes par jour.

Le 17 novembre, les selles sont bonnes, l'enfant continue à prendre régulièrement 20 grammes par jour. Il est en bon état, ne tousse plus et n'a aucun signe pulmonaire.

Une deuxième analyse du lait maternel indique le matin 2 grammes de beurre en plus et 1 gr. 20 de caséine en moins.

Le 20 novembre, l'enfant sort sur la demande de la mère, il est en bon état, les selles sont bonnes, le poids augmente régulièrement.

OBSERVATION XV

Marguerite B..., âgée de 2 mois et 20 jours, entre salle Trousseau le 28 novembre 1922.

Antécédents héréditaires. — Mère 19 ans en bonne santé, n'a pas eu de fausse couche, a eu une bonne grossesse et un accouchement normal. Père 21 ans en bonne santé.

Antécédents personnels. — Première enfant, née à terme, pesant à la naissance 4.000 grammes. Nourrie au sein pendant vingt jours. Mise ensuite à l'allaitement mixte : sein la nuit deux ou trois fois et biberons dans la journée, don-

nés sans aucune règle et en nombres variables. Chaque biberon étant composé de 75 grammes de lait bouilli, 75 grammes d'eau bouillie et un morceau de sucre.

Dès la mise au biberon l'enfant ne pousse plus, elle a des régurgitations, mais pas de vomissements tardifs, elle est constipée d'une façon habituelle avec des selles toujours mal liées.

Depuis le 18 novembre, le nombre des selles a augmenté, et elles sont glaireuses. A cause de cela la mère amène l'enfant à l'hôpital.

Le 22 novembre, à l'entrée, elle a 2 mois 1/2 et pèse 3.720 grammes.

A l'examen : Enfant hypotrophique, pâle avec cyanose des extrémités, la fontanelle est déprimée. Elle n'a pas de lésions cutanées, pas de micropolyadénopathie, pas de rachitisme crânien, des nodosités costales.

L'examen de la bouche et de la gorge ne révèle rien d'anormal. Pas de coryza.

Le ventre et mou, le foie et la rate sont normaux.

L'auscultation du cœur et des poumons ne montre rien de spécial.

Signes fonctionnels. — Selles glaireuses, mousseuses, d'odeur aigrelette; pas de vomissements.

L'enfant boit bien, n'est pas agitée.

La cuti-réaction à la tuberculine est négative.

L'enfant est mise vingt-quatre heures à l'eau puis au sein exclusif.

Le 26 novembre, les selles sont encore mal digérées; pas de vomissements; l'enfant a commencé à reprendre.

Le 30 novembre, les selles sont bonnes; l'enfant reprend régulièrement.

Le 3 décembre, à la sortie, l'enfant a bien meilleur aspect ; les selles sont bonnes ; le poids augmente régulièrement.

OBSERVATION XVI

Simonne D..., âgée de 2 mois, entre à l'Hôpital Hérold, salle Trousseau, le 17 octobre 1919.

Antécédents héréditaires. — Mère 22 ans, bien portante, n'a pas eu de fausse couche, a eu une bonne grossesse, était entrée à Tarnier pour subir l'opération césarienne à cause d'un kyste prævia, mais le kyste s'étant rompu spontanément elle a accouché normalement. Père bien portant.

Antécédents personnels. — Première enfant, née à terme, pesant à la naissance 3.010 grammes. Nourrie au sein pendant un mois, allait bien. Puis mise en partie au lait stérilisé, peu de temps après, les selles deviennent plus nombreuses et mal liées, des vomissements se produisent presque après chaque tétée.

Le 14 octobre, l'enfant est mise uniquement au lait condensé sucré.

Les troubles persistant, la mère amène l'enfant à l'hôpital.

Le 17 octobre, à l'entrée, l'enfant âgée de 2 mois pèse 2.900 grammes, elle est au-dessous de son poids de 1.500 gr.

A l'examen : facies d'hypotrophique, pâle, anémié. Pas de signes cutanés, pas d'infection.

Pas de signes de rachitisme cranien, ni osseux, pas de micropolyadénopathie.

Ventre flasque, mou, foie normal, rate normale.

L'auscultation du cœur et des poumons ne révèle rien de particulier.

La bouche et la gorge sont normales.

Signes fonctionnels. — L'enfant boit bien, n'a pas de vomissements dans le service, 2 selles contenant de nombreux grumeaux de lait, peu colorées.

L'enfant est mise vingt-quatre heures à l'eau d'orge puis ensuite remise au sein. La montée de lait étant insuffisante, on complète les premiers jours par du lait d'ânesse.

Le 19 octobre, l'enfant tire bien mais la mère n'a que peu de lait. Pas de vomissements. Les selles sont normales.

Le 22 octobre, la mère emmène l'enfant malgré nous, elle n'a plus de troubles digestifs et a meilleur aspect.

OBSERVATION XVII

Christian B., âgé de 3 mois $1\frac{1}{2}$, entre à l'Hôpital Hérold, salle Trousseau, le 19 mai 1924.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, n'a pas eu de fausse couche, a eu une grossesse normale et un accouchement normal, a perdu beaucoup à son retour de couches et a été très anémiée à ce moment. A l'examen, on ne lui trouve rien d'anormal. Père bien portant.

Antécédents personnels. — Né à terme, pesant 3.120 gr. a été nourri au sein uniquement jusqu'à 2 mois. A 1 mois $1\frac{1}{2}$ il pesait 4.100 grammes, puis il a maigri au moment du retour de couches de sa mère. A 2 mois, la mère ne lui a plus donné que 2 tétées de dix minutes et 5 biberons de farine lactée de 120 grammes. Il n'a pas repris et a eu quelques

vomissements et de la constipation habituelle. La mère l'amène à cause de sa maigreur.

Le 19 mai à l'entrée, l'enfant âgé de 3 mois 1/2 pèse 3.750 grammes, il est au-dessous de son poids de 1.800 gr.

A l'examen il a un facies d'atrophique.

Pas de lésions cutanées.

La fontanelle est déprimée, pas de rachitisme crânien.

Pas de micropolyadénopathie.

Un chapelet costal.

Le ventre est mou et flasque. Le foie et la rate sont normaux.

Bouche et voile du palais normaux.

Rien à signaler à l'examen cardiaque et pulmonaire.

La cuti-réaction à la tuberculine est négative.

Le Wassermann est négatif.

Signes fonctionnels. — L'enfant boit bien, il n'a pas de vomissements dans le service, il est constipé.

On le met vingt-quatre heures à l'eau d'orge puis on le remet au lait maternel complété les premiers jours par 100 grammes de lait d'ânesse.

Après être resté à un poids stationnaire pendant cinq jours, il prend ensuite 23 grammes puis une trentaine de grammes par jour pendant le restant de son séjour à l'hôpital.

Le 2 juin, à la sortie, il pèse 3.930 grammes, ayant pris 200 grammes pendant les huit derniers jours.

OBSERVATION XVIII

Jean J..., âgé de 1 mois, entre à l'Hôpital Hérold, salle Trousseau, le 25 mars 1922.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, a eu une bonne grossesse et un accouchement normal. Père bien portant.

Antécédents personnels. — Né à terme, pesant 3.200 gr. nourri au sein pendant treize jours à Lariboisière ; à l'asile du Vésinet où la mère est envoyée en convalescence, on ajoute à chaque tétée un biberon de 30 grammes de lait coupé au tiers. L'enfant vomit après chaque biberon, soit immédiatement, soit une heure après ; les selles deviennent vertes, mal digérées, grumeleuses. Après quinze jours de ces troubles digestifs, l'enfant maigrissant, la mère l'amène à l'hôpital.

Le 25 mars, à l'entrée, l'enfant âgé de 1 mois pèse 2.980 grammes, il est au-dessous de son poids de 770 gr. et de son poids de naissance de 220 grammes.

A l'examen : il a l'aspect d'un hypotrophique, il est assez infecté, présentant des lésions cutanées du talon et du bord interne du pied droit, et un érythème fessier, il n'a pas de lésions cutanées de la face ni du pourtour de la bouche.

La fontanelle est très déprimée.

Pas de lésions de rachitisme cranien. Pas de déformations des membres. Pas de chapelet costal.

Pas de micropolyadénopathie. Quelques ganglions dans l'aîne droite.

Le ventre est mou, à peau ridée, ne gardant pas le pli. Le foie et la rate sont normaux.

A l'examen de la cavité buccale on constate du muguet sur la langue et sur la face interne des joues, et une ulcération ptérygoïdienne à droite.

Signes fonctionnels. — L'enfant tête mal, il a des vomis-

sements après chaque prise, les selles sont mal digérées et glaireuses.

On met l'enfant vingt-quatre heures à l'eau d'orge, puis au sein complété par du lait d'ânesse.

Le 27 mars, les vomissements ont cessé ; les selles sont encore mal digérées.

Le 28 mars, le muguet a disparu, l'ulcération ptérygoïdienne diminue, l'érythème va mieux, les selles sont encore mal digérées.

Le 29 mars, cuti-réaction négative à la tuberculine.

Le 31 mars, l'enfant est grognon, les selles sont encore mal digérées.

Le 2 avril, l'enfant tête mieux, pleure moins, toujours pas de vomissements, les selles sont meilleures.

La mère fait une poussée de lymphangite du sein gauche, il faut supprimer l'allaitement de ce côté.

Le 5 avril, l'ulcération ptérygoïdienne a disparu ainsi que les lésions cutanées, l'enfant est en bien meilleur état.

Le 6 avril, les selles sont bonnes ; l'enfant pousse lentement. Diminution de la lymphangite du sein.

Le 9 avril, la mère emmène l'enfant malgré notre avis. Les selles sont bonnes, il n'y a plus de vomissements mais l'augmentation de poids est lente.

OBSERVATION XIX

Paulette C..., âgée de 2 mois 1/2, entre à l'Hôpital Hérold, salle Trousseau, le 26 septembre 1921.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, n'a pas eu de fausse couche, a eu deux enfants avant celle-ci. Les

trois grossesses ont été normales, les trois accouchements à terme se sont bien passés. Père bien portant. Frère et sœur en bonne santé.

Antécédents personnels. — Troisième enfant, née à terme, pesant à la naissance 3.250 grammes. Nourrie au sein pendant 1 mois 1/2, tétait bien, poussait bien, n'avait ni diarrhée, ni vomissements.

A 1 mois 1/2, sevrée et mise à la crèche, ne grossissait plus, avait des vomissements fréquents de lait caillé et de mauvaises selles.

Le 24 septembre, en reprenant l'enfant à la crèche, la mère la trouvée en mauvais état, elle a de la diarrhée, plusieurs mauvaises selles pendant la nuit et des vomissements.

Le 25 septembre, l'état s'aggravant, la mère amène l'enfant à l'hôpital.

Le 26 septembre, à l'entrée, l'enfant âgée de 2 mois 1/2 pèse 2.920 grammes, elle est au-dessous de son poids de 1.800 gr. et de son poids de naissance de 325 grammes.

A l'examen : enfant pâle, à facies d'hypotrophique et d'intoxiquée, le teint est plombé, les yeux cernés, le nez pincé.

La fontanelle est très déprimée, il y a un peu de chevauchement des os du crâne.

Pas de signes de rachitisme cranien.

Pas de micropolyadénopathie.

Le ventre est ballonné.

Signes fonctionnels. — Mauvaises selles glaireuses, vomissements.

Mauvais état général ; hypothermie.

On met l'enfant vingt-quatre heures à l'eau, puis au sein.

Le 27 septembre, mauvaises selles, hypothermie.

Le 29 septembre, l'état général est peut-être un peu moins mauvais mais persistance des mauvaises selles.

Le 30 septembre, même état.

Le 2 octobre, aggravation de l'état général.

Décès le 3 octobre.

A l'autopsie, organes de dimensions normales, foie un peu gros, pas de lésions tuberculeuses.

OBSERVATION XX

Rolande C..., âgée de 6 semaines, entre salle Trousseau le 1^{er} mars 1924.

Antécédents héréditaires. — La mère est bien portante, n'a pas eu de fausse couche, a eu deux grossesses normales, menées à terme. Père bien portant. Une sœur de 13 mois a été nourrie par la mère, s'est bien développée, est en bonne santé.

Antécédents personnels. — Deuxième enfant, née à terme, pesant à la naissance 3.030 grammes. Pendant la convalescence de la mère au Vésinet a eu un peu de bronchite; comme elle n'augmentait pas de poids on a complété les tétées par 40 grammes de lait coupé au tiers.

L'enfant n'avait pas de vomissements mais les selles étaient vertes et le poids diminuait régulièrement de 200 gr. par semaine, d'après la mère.

Le 1^{er} mars, à l'entrée, la petite Rolande âgée de 6 semaines pèse 2.800 grammes, elle est au-dessous de son poids de 1.000 grammes.

A l'examen: enfant pâle, amaigrie, hypotrophique, à fontanelle déprimée.

Pas de lésions cutanées. La peau du ventre garde un peu le pli.

Pas de micropolyadénopathie.

Foie et rate sont de dimensions normales.

Bouche et palais normaux.

On ne trouve rien de particulier à l'examen du cœur et des poumons.

Signes fonctionnels. — Trois selles le premier jour de couleur verdâtre, contenant des grumeaux blancs, non fétides.

L'enfant est remise uniquement au sein après vingt-quatre heures à l'eau d'orge.

Le 3 et le 4 mars on est obligé de compléter au lait d'ânesse la montée de lait insuffisante. Les selles s'améliorent rapidement.

Le 5 mars, le lait montant bien on supprime le lait d'ânesse. Les selles sont bonnes.

Les jours suivants, l'enfant prend une moyenne de 20, puis de 25 et 30 grammes par jour.

Le 12 mars, à la sortie de l'hôpital, la petite Rolande pèse 3.150 grammes, ayant augmenté de 350 grammes en douze jours.

SYMPTOMES

Nous ne nous étendrons pas sur les symptômes présentés par tous ces enfants. Tous, à un degré plus ou moins accentué, ont un développement pondéral au-dessous de la normale; ce sont des hypotrophiques ou des atrophiques. C'est le symptôme physique commun qui domine leur histoire clinique.

Suivant le degré d'amaigrissement ou de disparition de leur pannicule adipeux, ils rentrent dans une des trois catégories décrites par M. le Professeur Marfan.

Le 1^{er} degré étant caractérisé par un simple amaigrissement du pannicule adipeux qui est partout conservé. Le poids est au-dessous de la normale, mais la taille augmente régulièrement. La température est normale.

Le 2^e degré, par la disparition du pannicule au niveau du ventre puis plus tard du tronc, le gril costal devient alors apparent. La peau de l'abdomen est pâle, luisante, sillonnée de veines.

Le facies est conservé mais l'enfant est pâle.

Le poids est très inférieur à la normale. La température variable ne dépasse pas 38 degrés.

Quand l'état s'aggrave on voit apparaître de la

dépression de la fontanelle et de la cyanose des extrémités.

Le 3^e degré est caractérisé par le facies atrophique, peau ridée, yeux creux, pommettes et mâchoires saillantes, menton pointu, lèvres minces, visage de vieillard, de singe ou voltairien. Le ventre est ballonné ou flasque. Les téguments ont une teinte grisâtre, sont secs et s'ulcèrent facilement. Il y a un peu de refroidissement des extrémités.

La taille est diminuée.

La température abaissée.

Le pouls et la respiration ralentis.

Le cri est faible.

La plupart de nos enfants rentrent dans le 2^e degré, quelques-uns dans le 3^e.

Chez tous, les troubles dyspeptiques sont de règle. Ils consistent surtout en vomissements habituels, régurgitations immédiates d'une part, vomissements tardifs de lait caillé d'autre part, qu'on relève dans toutes les observations. Les selles sont également mauvaises, d'une façon chronique, trop abondantes, épaisses, pâteuses, de la consistance et de la couleur du mastic, souvent fétides. Cette trop grande abondance du bol fécal que nous relevons dans la généralité de nos observations indique un rejet exagéré des éléments ingérés et par conséquent une assimilation insuffisante.

Les épisodes diarrhéiques sont fréquents et particulièrement graves chez ces enfants sans résistance.

Un autre fait commun que nous relevons c'est,

après modification rationnelle du régime alimentaire, l'amélioration, puis la disparition de tous les symptômes morbides et la reprise rapide et régulière de montée de la courbe des poids qui en est la conséquence immédiate. C'est une véritable résurrection.

Il en résulte que si ces enfants assimilent mal c'est parce qu'ils digèrent mal ce qu'ils ingèrent.

Nous étant appliqués à ne conserver que des observations d'enfants nés à terme, après grossesse normale, pesant un poids normal à la naissance, issus de parents bien portants et paraissant exempts d'une hérédité pathologique quelconque, il nous est permis de tirer cette conclusion que leur mauvaise assimilation est déterminée essentiellement par les produits qu'ils ingèrent et qui ne leur conviennent pas et non par une tare organique.

C'est l'atrophie alimentaire en opposition à l'atrophie héréditaire ou congénitale.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de ces deux classes d'atrophie est d'autant plus important à poser que l'atrophie purement alimentaire, qui nous occupe, est justiciable d'un traitement alimentaire convenable et s'améliore souvent très rapidement aussitôt qu'on en supprime la cause.

Tandis que l'atrophie d'origine héréditaire, déterminée par les lésions interstitielles ou parenchymateuses des organes et des viscères, ne réagit que d'une façon variable aux modifications de l'alimentation restant toujours subordonnée à l'importance et à la profondeur de l'atteinte congénitale.

Le diagnostic du type de l'atrophie, alimentaire ou héréditaire, est souvent difficile à poser au premier abord.

D'une part, les enfants tarés, apportant dès leur naissance une aptitude à vivre et à se développer moins grande que les enfants sains, sont plus sensibles que ceux-ci à toutes les influences extérieures et réagissent plus rapidement aux moindres fautes alimentaires ; de sorte que c'est souvent à l'occasion de l'une d'elle que se manifestent les accidents d'intolérance alimentaire et de troubles dyspeptiques

qui accompagnent l'arrêt de développement et la perte de poids. La cause accidentelle surajoutée peut ainsi cacher la vraie cause qui est la mauvaise hérédité.

D'autre part, la tare héréditaire est souvent très difficile à dépister.

La plus fréquente des tares héréditaires qui causent l'atrophie est la syphilis. Des recherches poursuivies chez M. le Dr Barbier en 1916, 1917 et 1918 et portant sur 94 atrophiques ont donné un pourcentage de 42 o/o environ. Ce chiffre élevé ne doit pas surprendre quand on le compare à des statistiques faites sur des non atrophiques.

M. Lacapère et Ch. Laurent (*Paris médical*, nov. 1918) ont trouvé chez des enfants présentant des stigmates douteux, 30 o/o de réactions de Wassermann positives et 35 o/o chez des enfants indemnes cliniquement. M. Joltrain dans sa thèse donne 59 o/o de résultats positifs. MM. Ch. Leroux et Labbé (*Archives de Médecine des enfants*, déc. 1911, *Séro-diagnostic dans la syphilis infantile*) donnent 66 o/o mais leur statistique comprend en partie des enfants atteints de lésions apparentes de syphilis.

La syphilis facile à déceler quand l'enfant présente, outre son atrophie, des lésions en évolution cutanées ou muqueuses, pemphigus, onyxis et périonyxis, plaques muqueuses, coryza ; ou une hypertrophie du foie et de la rate ; ou des lésions ganglionnaires ; ou chez l'enfant un peu plus âgé des troubles dys-

trophiques surtout craniens, des lésions testiculaires, des lésions laryngées, des gommès.

Devient très difficile à découvrir quand elle est occulte et que l'atrophie est le seul signe apparent. Pour la dépister nous avons fait des recherches systématiques sur les enfants. La réaction de Bordet-Gengou faite d'après les trois méthodes nous a permis, quand elle était positive, d'éliminer un certain nombre de nourrissons.

Dans les cas où elle était négative nous ne nous en sommes pas contentés. Nous avons éliminé les enfants qui présentaient quelque stygmate douteux et les enfants arrivés à une cachexie extrême chez lesquels la réaction est sans valeur.

Pour ceux qui paraissaient indemnes, avant d'en admettre la certitude, nous avons fait des recherches aussi approfondies que nous l'avons pu sur leurs ascendants, principalement sur la mère. Nous avons ainsi retranché les enfants dont la mère avait fait des fausses couches spontanées en série, ou plusieurs accouchements prématurés, ou avait eu des enfants morts *in utero*.

Nous avons également trouvé quelques cas où le W. était positif chez la mère bien que négatif chez l'enfant.

D'après les études de M. Ch. Leroux et Labbé, le type mère + enfant — a été trouvé 9 fois sur 52 et 31 fois le type mère + enfant +.

L'examen systématique des collatéraux frères et sœurs nous a permis de retrancher de nos observa-

tions un enfant de 4 mois pesant 3.580 grammes dont une sœur avait un W. $\div$, l'enfant ayant, lui, un W $-$.

Voici l'observation d'un enfant de 3 mois ayant une réaction de W. négative et dont la mère avait une réaction positive par les trois méthodes.

Après quinze jours de régime alimentaire, le poids avait encore baissé de 170 grammes. Dès la mise au traitement par le sulfarsénol, la courbe est redevenue ascendante.

OBSERVATION XXI

Victor P..., âgé de 3 mois, entre salle Trousseau le 30 novembre 1923.

Antécédents héréditaires. — Mère paraissant bien portante, a eu une fausse-couche il y a 2 ans, sa grossesse a été bonne et menée à terme. Père paraît bien portant.

Antécédents personnels. — Né à terme, la mère ne se rappelle pas le poids de naissance. Nourri un mois et demi au sein il n'avait pas de troubles mais ne grossissait pas beaucoup. Puis mis au biberon il a eu dès lors des vomissements intermittents.

Le 25 novembre, vomissements après chaque tétée, diarrhée, selles nombreuses, mal digérées.

Le 1^{er} décembre, à l'entrée à l'hôpital, l'enfant âgé de 3 mois pèse 3.330 grammes, il est de 1.900 grammes au-dessous de son poids.

A l'examen: enfant atrophique, bien conformé, sans lésions cutanées ni muqueuses.

Pas de lésions testiculaires.

Pas de déformations craniennes.

Pas de micropolyadénopathie.

Bouche et voile du palais normaux.

Ventre un peu mou. Foie un peu gros. Rate normale.

L'enfant est mis vingt-quatre heures à l'eau puis au sein complété par le lait d'ânesse.

Amélioration des selles, mais le poids continue à baisser.

La réaction de B. G. de l'enfant est négative par les trois méthodes.

La réaction de la mère est positive par les trois méthodes.

Entre le 1^{er} et le 16 décembre, l'enfant a perdu 170 grammes. Après la troisième injection de sulfarsénol il reprend régulièrement.

Après la syphilis, c'est la tuberculose que l'on trouve comme cause héréditaire la plus fréquente de l'atrophie du nourrisson.

Le nombre des atrophiques hérédo-tuberculeux est loin d'atteindre le nombre des atrophiques hérédosyphilitiques. La statistique de M. Barbier qui donnait 42 o/o de syphilitiques ne trouvait que 11 o/o d'hérédo-tuberculeux et de tuberculeux.

Nous avons pratiqué systématiquement la cuti-réaction à la tuberculine, ce qui nous a permis d'éliminer quelques enfants ne présentant pas de lésions apparentes en plus de ceux qui avaient des lésions en évolution.

Nous avons cherché à dépister, en outre, chez les ascendants et les collatéraux, la tuberculose, comme

nous l'avions fait pour la syphilis et nous avons rejeté les enfants dont les parents avaient des lésions en évolution, ou des traces d'anciennes lésions, ou même des atteintes nettement tuberculeuses n'ayant pas laissé de trace dans leurs antécédents (pleurésies, etc.).

Voici l'observation d'un enfant dont la cuti-réaction était négative mais dont la mère avait eu une atteinte tuberculeuse.

OBSERVATION XXII

Robert C..., âgé de 2 mois, entre à l'hôpital Hérold, salle Trousseau, le 19 septembre 1921.

Antécédents héréditaires. — Mère a eu une pleurésie séro-fibrineuse, n'a pas eu de fausse couche. A l'examen, on trouve un assourdissement du murmure vésiculaire dans toute la hauteur du côté gauche. Pas de signes de lésions en évolution. Père bien portant.

Antécédents personnels. — Premier enfant né à terme, présentation par le siège, pesait à la naissance 2.600 gr. Nourri au sein pendant un mois puis mis en nourrice, à partir de cette date il maigrit. On n'a pas de renseignements précis sur l'alimentation donnée par la nourrice.

Il aurait eu des convulsions deux jours avant son entrée.

Le 19 septembre, à l'entrée, il a deux mois et pèse 3.080 gr., il est au-dessous de son poids de 1.300 grammes.

A l'examen: enfant atrophique pâle et émacié qui n'a pas de lésions cutanées, pas de micropolyadénopathie, pas de signes de rachitisme, pas de stigmatisme de syphilis.

On ne trouve rien de spécial à l'auscultation du cœur et des poumons.

Signes fonctionnels. — Quatre selles grumeleuses peu colorées le premier jour, pas de vomissements.

Enfant un peu agité, pleurant beaucoup la nuit.

On le met au lait d'ânesse et au sein.

Le 20 septembre, crochet fébrile à 38 degrés. Selles grumeleuses.

Le 23 septembre, la baisse de poids continue, les selles s'améliorent.

Le 26 septembre, la mère emmène l'enfant malgré nous. Il pèse 2.920 grammes.

Pendant son séjour, il a encore perdu 160 grammes. La simple modification du régime a été insuffisante pour amener la reprise rapide du poids.

A côté des causes infectieuses, syphilis et tuberculose, qui déterminent le plus fréquemment l'atrophie du nourrisson, on relève : le surmenage, la misère pendant la grossesse ; des causes morbides : néphrite, diabète ; des causes toxiques : alcoolisme qui est si fréquent, intoxication par le plomb.

Tous ces éléments agissent en déterminant chez l'embryon et le fœtus des lésions viscérales et glandulaires, qui aboutissent à des déformations du squelette et à des atrophies plus ou moins accentuées des organes, qui rendent l'enfant plus ou moins inapte à bien digérer, à bien éliminer et par conséquent à bien assimiler ; de sorte qu'il est plus susceptible aux moindres influences extérieures.

Voici l'observation d'un enfant de mère albuminurique.

OBSERVATION XXIII

René F..., âgé de un mois, entre salle Trousseau, le 22 mars 1919.

Antécédents héréditaires. — Mère albuminurique, ne sait pas depuis combien de temps, s'en est aperçue au cours de la grossesse. N'a jamais eu de fausse couche. Père bien portant.

Antécédents personnels. — Premier enfant, prématuré, né au terme de huit mois, pesant à la naissance 2.450 gr., nourri au sein par la mère, bien réglé, 7 tétées par vingt-quatre heures. Il a des vomissements presque depuis sa naissance, de mauvaises selles glaireuses. Il crie beaucoup.

Le 22 mars, à l'entrée, l'enfant pèse 2.400 grammes, il est au-dessous de son poids de naissance.

A l'examen : il est pâle, anémié, hypotrophique. Il a des érosions fessières banales, pas d'autres lésions cutanées.

Pas de micropolyadénopathie.

Pas de rachitisme cranien.

Rate et foie sont de dimensions normales.

Gorge et pharynx sont normaux.

Signes fonctionnels : vomissements, mauvaises selles. Enfant agité.

On le sèvre à cause de l'albuminurie de la mère et on le met au lait d'ânesse.

La réaction de B. G. est négative aux trois méthodes chez l'enfant et chez la mère.

L'analyse d'urine de la mère montre une grosse albuminurie.

Les selles s'améliorent progressivement, les érosions fessières disparaissent ; après avoir perdu encore 50 grammes, l'enfant reprend régulièrement.

Le 5 avril, l'état général s'améliore notablement ; l'enfant est calme ; il dort bien ; les selles sont bonnes ; le poids augmente.

Le 9 avril, à la sortie, l'enfant est bien amélioré ; il a pris de 22 à 25 grammes par jour depuis le 25 mars.

L'albuminurie maternelle, qui avait provoqué l'accouchement prématuré, n'avait pas lésé sans doute très profondément les organes de l'enfant, puisque par simple suppression du lait maternel on obtint une amélioration rapide.

Si la nature exacte de la tare héréditaire est souvent difficile à diagnostiquer avec sûreté, il est au moins possible d'assurer qu'il en existe une toutes les fois que l'on trouve chez un enfant des stigmates de dégénérescence congénitale. C'est pourquoi, nous occupant de rechercher des enfants paraissant indemnes, nous avons non seulement éliminé tous les enfants à hérédité nette, mais aussi tous ceux porteurs de stigmates douteux.

Ceux dont nous avons conservé les observations paraissant nés normaux, sans tare congénitale, et n'étant devenus des atrophiques que secondairement c'est dans leur alimentation que semble résider la cause essentielle de leur mauvais développement.

Des vérifications anatomiques, en petit nombre,

qui ont pu être pratiquées chez de petits atrophiques ayant succombé à de l'infection généralisée ou à des épisodes aigus de diarrhée, nous ont donné l'occasion de vérifier que ces enfants, qui cliniquement étaient indemnes de tares héréditaires, n'avaient pas en effet d'atteintes organiques syphilitiques ni tuberculeuses.

Camille B... (obs. VI). Cliniquement atrophique alimentaire pesant 2.400 grammes à 3 mois 1/2, très infecté. Mort trente heures après son entrée.

A l'autopsie, on trouve des organes de dimensions normales, pas de lésions de sclérose syphilitique du foie ni de la rate, ni de dégénérescence graisseuse. Pas de lésions histologiques du pancréas.

Pas de tuberculose pulmonaire macroscopique, ni microscopique. Même pas de ganglions hilaires.

Paulette C... (obs. XIX). Cliniquement atrophique alimentaire ayant succombé à un épisode aigu au cours de troubles digestifs chroniques.

A l'autopsie, organes de dimensions normales.

Pas de lésions macroscopiques ni microscopiques du foie.

Pas de lésions de la rate, ni du pancréas.

Pas de tuberculose pulmonaire ni ganglionnaire.

ÉTIOLOGIE

Que doit-on incriminer dans l'alimentation des enfants atteints d'atrophie alimentaire?

La qualité et la quantité des produits ingérés tiennent l'une et l'autre sous leur dépendance la bonne digestion et par conséquent la bonne assimilation de l'enfant. Mais la qualité des produits paraît prépondérante.

En effet, tous les enfants dont nous avons réuni les observations présentent le caractère commun d'être nourris à l'allaitement artificiel ou pour le moins à l'allaitement mixte avec prédominance, comme quantité, du lait de vache sur le lait maternel.

Beaucoup de nos observations spécifient même que les enfants ont bien poussé pendant qu'ils étaient uniquement à l'allaitement naturel et que les troubles sont apparus dès le début du sevrage à un mois, un mois et demi, deux mois, même quand le sevrage n'était que partiel. Chez la plupart, d'ailleurs, la remise au sein a suffi pour obtenir la cessation rapide des accidents morbides et une reprise régulière de l'augmentation de poids. Nous avons même eu l'occasion de constater la reprise des acci-

dents chez un de nos petits malades, bien reparti à la suite de la remise au sein, dès que la mère a substitué, à nouveau, quelques biberons de lait de vache à des têtées, peu de temps après sa sortie de l'hôpital. Les signes s'amendant et la courbe de poids remontant quand nous l'avons remis uniquement au sein.

A la moins bonne adaptation du lait de vaches aux besoins de l'organisme du nouveau-né et à sa digestibilité moins grande vient s'ajouter en outre la facilité avec laquelle sont commises un grand nombre de fautes d'importance primordiale.

Fautes de coupages qui reviennent dans beaucoup de nos observations :

Le petit Pierre C... (obs. II) recevait du lait de vache pur à un mois.

La petite Renée F... (obs. I) à un mois prenait du lait qui n'était même pas coupé au quart d'eau.

La petite Louise B... (obs. IV) à deux mois prenait du lait au cinquième.

Le petit Marcel P... (obs. III) à un mois du lait coupé au quart.

Le petit Henri B... (obs. V) à 1 mois 1/2, du lait coupé au sixième.

A côté de ces coupages insuffisants, la faute que l'on retrouve le plus communément à la base de l'atrophie alimentaire, c'est la *suralimentation*. Trop grande quantité de lait par vingt-quatre heures et lait insuffisamment coupé d'eau se trouvent d'ailleurs souvent chez les mêmes enfants.

Le petit Pierre C... (obs. II), qui, à 1 mois, prenait

du lait pur, en ingérait 525 grammes par vingt-quatre heures au lieu de 420 grammes. Le résultat est que cet enfant qui pesait 3.400 grammes à la naissance, 4.000 grammes à 1 mois après alimentation presque exclusivement maternelle, n'augmente plus pendant les trois semaines où il est suralimenté au lait pur, vomit avec abondance et ne reprend un peu que quand on diminue la quantité de lait et qu'on le coupe d'eau. A 3 mois, il pèse 4.200 gr., au-dessous de son poids de 1.000 grammes. A ce moment, l'enfant est mis à un régime normal de lait coupé au tiers; les troubles digestifs disparaissent et le poids augmente régulièrement.

La petite Louise B... (obs. IV) à 2 mois prend par vingt-quatre heures 640 grammes de lait pour un cinquième d'eau bouillie au lieu de 460 grammes de lait plus un tiers d'eau, ce qui fait par jour un excès de lait de 180 grammes. Pendant les quinze jours où elle est à ce régime, l'enfant perd 210 grammes. Nourrie pendant deux mois au sein, elle n'avait pas de troubles digestifs et augmentait régulièrement. Dès le sevrage et l'hyperalimentation, des troubles digestifs sérieux apparaissent. Remise au sein après une courte période où les troubles digestifs persistent, les selles redeviennent bonnes et la courbe augmente régulièrement de 20 à 25 grammes par jour.

La petite Renée F... (obs. I) prenait par vingt-quatre heures, à 1 mois, 550 grammes de lait, auquel on ajoutait seulement un cinquième d'eau, au lieu de 410 grammes de lait plus un tiers d'eau.

Cette enfant qui pesait à la naissance 3.770 gr. ne pesait plus à 2 mois que 3.700 grammes.

Elle avait bien poussé le premier mois où elle était au sein exclusif, c'est dès le début du sevrage qu'elle a eu des troubles digestifs et a maigri régulièrement.

Quand on remet la petite Renée au sein, tous les troubles disparaissent et la courbe des poids devient satisfaisante.

Le petit Marcel P... (obs. III) a une histoire particulièrement démonstrative d'un enfant qui ne supporte pas le lait de vache. C'est encore un suralimenté avec coupage insuffisant.

A 1 mois, on lui donne 800 grammes par vingt-quatre heures dont 600 grammes de lait. Les troubles digestifs apparaissent et persistent si bien que cet enfant qui en naissant pesait 3.400 grammes ne pèse, à six semaines, que 3.300 grammes.

Mis au sein après augmentation progressive, le petit Marcel arrive à prendre régulièrement 25 gr. par jour. Il n'a plus de troubles digestifs.

Mais à peine sorti de l'hôpital la mère le remet d'elle-même à l'allaitement mixte. Tous les troubles reparaissent.

Quand il rentre à l'hôpital, trois semaines plus tard, il est plus atrophique que jamais. Il n'a pris que 20 grammes en tout pendant ces trois semaines.

Remis au sein exclusif, les troubles s'amendent, le poids augmente lentement d'abord, puis ensuite d'une façon satisfaisante et régulière.

Le petit Henri B... (obs. V), avait bien poussé jusqu'à 1 mois 1/2 alors qu'il était au sein. A ce moment, mis au lait de vache coupé au sixième et à 50 grammes de sucre par jour, l'enfant a des troubles digestifs sérieux et persistants. A 3 mois, il ne pèse que 2.940 grammes.

Il meurt dans le service, d'une broncho-pneumonie.

Le petit Camille B... (observation VI), à 3 mois prend par vingt-quatre heures 525 grammes de lait plus 315 grammes d'eau en sept fois au lieu de 460 grammes de lait plus 230 grammes d'eau. On ne peut savoir depuis combien de temps il reçoit cette alimentation qui est donnée par une nourrice.

Il a des troubles digestifs persistants depuis l'âge d'un mois où il a été sevré. Au sein il poussait bien, dit la mère. A 3 mois, il pèse 2.400 grammes ; au-dessous de son poids de 2.800 grammes.

Le petit Camille très infecté meurt trente heures après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie ne décèle pas de syphilis ni de tuberculose.

Ces deux dernières observations illustrent ce que nous avons dit de la facilité avec laquelle les petits atrophiques font de l'infection locale ou généralisée et sont désarmés contre elle.

Dans quelques-unes de nos observations *la sous-alimentation* peut être incriminée. Elle est cependant beaucoup moins fréquente, comme cause d'atrophie, que la suralimentation. Pour la déterminer il faut

qu'elle soit vraiment exagérée comme dans les cas suivants :

René G... (obs. VII), sevré à 1 mois, prend 6 biberons par jour de 75 grammes composés de moitié eau, moitié lait, ce qui ne fait que 225 grammes par vingt-quatre heures au lieu de 420 grammes.

L'enfant qui pesait en naissant 3.500 grammes ne pèse plus, à 1 mois 1/2, que 3.130 grammes ; il est au-dessous de son poids de 1.000 grammes.

Remis au sein, complété par le lait d'ânesse les premiers jours, le petit René prend régulièrement 25 puis 30 grammes par jour.

Hélène G... (obs. X), sevrée à 1 mois 1/2, on lui donne alors 8 biberons de 90 grammes d'eau et de 2 cuillerées à café de lait condensé sucré. Elle aurait pris 600 grammes en une semaine.

Mais à 3 mois 1/2, elle est toujours au même régime et cette enfant qui pesait en naissant 3.270 grammes ne pèse à ce moment que 4.310 grammes : elle est au-dessous de son poids de 1.200 grammes et a des troubles digestifs chroniques.

Remise au sein, les troubles digestifs s'amendent, l'enfant pousse bien, la courbe des poids augmente régulièrement d'une trentaine de grammes par jour.

Dans d'autres observations, la sous-alimentation semble bien n'être pas assez exagérée pour commander un arrêt total de développement. Elle expliquerait une augmentation insuffisante tout au plus. Là, encore, *la qualité de l'alimentation* semble jouer le rôle principal, la remise au sein suffisant à amener

une augmentation correcte de la courbe des poids.

Geneviève D... (obs. XII), de 4 à 7 semaines prend 400 grammes de lait plus un tiers d'eau, au lieu de 420 puis 450 grammes. A 7 semaines, elle pèse 3.170 grammes et a des troubles digestifs habituels.

Remise au sein et au lait d'ânesse, les troubles digestifs s'amendent peu à peu et l'enfant reprend.

Raymond B... (obs. VIII), de 1 mois à 1 mois 1/2, prend 560 grammes par vingt-quatre heures dont 385 grammes de lait alors qu'il avait droit à 420 puis 440 grammes.

L'enfant, qui pesait 3.500 grammes à la naissance, ne pèse que 3.510 grammes à 1 mois 1/2 ; il est au-dessous de son poids de 600 grammes.

Remis au sein maternel, le petit Raymond augmente régulièrement d'une trentaine de grammes par jour.

Albert B... (obs. XI) à 5 mois 1/2 prend 3 tétées au sein et 4 biberons de 150 grammes de lait coupé au quart ce qui présente l'inconvénient de lui donner trop de liquide, l'enfant ayant droit à du lait pur. Mais enfin il reçoit 450 grammes de lait de vache pur plus 3 tétées abondantes d'après la mère, ce qui devrait suffire à son développement s'il n'avait pas des troubles digestifs habituels : mauvaises selles, vomissements de lait caillé fréquents après les biberons, pas après le sein, dit la mère. C'est un enfant qui digère mal ce qu'on lui donne et c'est la raison de son manque de développement.

Le résultat c'est que l'enfant, qui pesait en nais-

sant 3.100 grammes, pèse à 5 mois $1/2$, 4.150 grammes, il est au-dessous de son poids de 2.600 grammes.

On change le régime alimentaire, on donne au petit Albert une bouillie et le sein exclusif. En vingt jours il reprend 500 grammes, il n'a plus aucun trouble digestif.

Si nous rapportons cette observation d'enfant un peu plus âgé c'est que son atrophie n'est pas apparue tardivement mais qu'elle rentre bien dans les atrophies précoces.

Pour certains enfants, nous n'avons pu recueillir aucune certitude sur les quantités données par vingt-quatre heures ; il ressortait de l'interrogatoire des mères que : le nombre de biberons, la quantité de lait par biberon, ou souvent par bouteille non graduée, le coupage du lait étaient aussi variables que mal proportionnés aux besoins de l'enfant.

La petite Mauricette L... (obs. XIII) qui à la naissance pesait 2.950 grammes et à 4 mois, $1/2$ 2.600 gr. est la troisième, de six enfants confiés à une même femme aux Lilas, qui soit venue mourir à l'hôpital Hérold en un laps de temps de quinze jours. Nous n'avons pu obtenir de renseignements sur l'alimentation fournie à ces trois enfants et qui était évidemment défectueuse. Nous n'avons pas pu savoir non plus ce qu'étaient devenus les trois autres nourrissons.

Simone D... (obs. X) à la naissance pesait 3.010 gr. à 2 mois 2.900 grammes, on ne put obtenir aucune précision ni sur le nombre de biberons donnés

par vingt-quatre heures ni sur la quantité de lait condensé mise par biberon. Les troubles digestifs ont débuté avec le sevrage.

Remise au sein, complété les premiers jours par du lait d'ânesse, tous les troubles ont disparu.

Roger D... (obs. XIV) depuis l'âge d'un mois prenait quatre fois le sein et 3 biberons par vingt-quatre heures ; on n'a pu savoir ni la quantité de lait mise par biberon ni si ce lait était pur ou coupé d'eau. A 2 mois 1/2, l'enfant pesait 3.700 grammes.

Remis au sein, il a fallu un temps assez long pour que les symptômes morbides s'amendent. L'enfant prend ensuite régulièrement.

Marguerite H... (obs. XV) depuis l'âge de vingt jours prend le sein deux ou trois fois la nuit et un nombre variable dans la journée de biberons composés de 75 grammes de lait et 75 grammes d'eau bouillie. Il est impossible d'obtenir, même par approximation, la quantité totale de lait que l'enfant prenait dans les vingt quatre heures.

A la naissance elle pesait 4.000 grammes à 2 mois et 20 jours elle ne pèse que 3.720 grammes.

Remise au sein les troubles digestifs s'amendent l'enfant recommence à prendre mais l'augmentation de poids est lente.

Raymonde B... (obs IX) poussait bien au sein. Mise à l'allaitement mixte à 1 mois, n'augmente plus de poids, a immédiatement des troubles digestifs, des vomissements habituels, de la diarrhée. Il est impossible de faire préciser par la mère ce que l'en-

fant prend de lait par vingt-quatre heures ni comment ce lait est coupé.

La petite Raymonde qui pesait en naissant 3.400 grammes, ne pèse à 2 mois que 3.800 grammes.

Remise au sein, les troubles disparaissent, les selles redeviennent bonnes, l'enfant commence à reprendre.

Certains enfants, sans qu'on puisse relever de fautes lourdes dans leur alimentation, supportent mal le lait de vache et reprennent bien aussitôt après la remise au sein. En voici quelques observations :

Le petit Jean J... (obs. XVIII) vomit dès le premier biberon de lait de vache qu'on lui donne à l'âge de 15 jours pour compléter des tétées insuffisantes.

Il continue ensuite à vomir régulièrement après chaque prise composée du sein et de 30 grammes de lait de vache coupé au tiers : les selles deviennent mauvaises. Après quinze jours de ces troubles, l'enfant, qui en naissant pesait 3.200 grammes, ne pèse plus à un mois, que 2.980 grammes. En outre, son état général est mauvais.

Remis uniquement au sein, les vomissements cessent instantanément, les selles sont plus longues à redevenir bonnes. A cause d'un épisode de lymphangite du sein, qui empêche l'allaitement du côté malade, l'enfant pousse lentement mais il n'a plus de troubles digestifs, l'état général est redevenu bon.

Rolande C .. (obs XX) nourrie au sein complété

par 40 grammes de lait coupé au tiers d'eau, a des troubles digestifs persistants. Pesant en naissant 3.030 grammes, elle ne pèse plus à 6 semaines que 2.800 grammes.

Remise uniquement au sein, l'enfant reprend rapidement, les troubles digestifs s'amendent, la courbe des poids augmente de 25 à 30 grammes par jour ; en douze jours, l'enfant prend 350 grammes.

Dans ces deux dernières observations, la qualité de l'alimentation intervient seule d'une façon indiscutable et dans toutes, comme nous l'avons signalé dès le début, c'est la qualité qui donne la gravité au facteur suralimentation ou sous-alimentation car ces mêmes facteurs sont insuffisants pour amener l'atrophie chez les enfants au sein.

TRAITEMENT

La thérapeutique de l'atrophie alimentaire c'est la suppression de sa cause c'est-à-dire la modification rationnelle du régime du nourrisson.

Puisque tous les cas que nous avons réunis portent sur des enfants nourris au biberon, complètement ou avec prépondérance, c'est la suppression du lait de vache qui s'imposera, toutes les fois qu'elle sera possible.

Nous voyons la plupart de nos enfants reprendre leur croissance régulière quand on fait revenir le lait de leur mère et qu'on les remet exclusivement au sein. C'est une véritable résurrection.

La reprise de la montée de lait est possible à obtenir des semaines et jusqu'à trois mois après sevrage complet (Quinsac. Thèse de Paris, 1904. *Retour de la sécrétion lactée*) quand la mère s'y prête avec bonne volonté. On peut même l'obtenir quand la mère n'a jamais nourri.

La technique que nous employons est simple : après vingt-quatre heures de mise à l'eau, ou à l'eau d'orge, nous mettons l'enfant au sein et nous complétons les tétées insuffisantes avec du lait d'ânesse

pendant les premiers jours. Cette méthode nous a toujours donné d'excellents résultats.

Il est important de fractionner les doses en donnant 8 tétées par jour.

En quelques jours, une dizaine en général, nous pouvons supprimer le lait d'ânesse et alimenter l'enfant uniquement au sein maternel.

Quand la remise au sein est impossible pour une cause quelconque nous avons souvent obtenu la reprise du développement en remplaçant le lait de vache, au moins momentanément, par le lait d'ânesse ou si l'âge de l'enfant le permet par l'adjonction précoce de farines.

M. le professeur Marfan signale les bons résultats obtenus par le babeurre en remplacement du lait d'ânesse. Nous n'avons pas eu l'occasion de l'employer pour nos enfants. Mais les services qu'il peut rendre sont d'autant plus appréciables que le lait d'ânesse est d'un emploi onéreux et d'une conservation difficile.

La poudre de lait maigre, le lait condensé écrémé ont pu être employés avec succès.

Dans certains cas, enfin, la diminution de la dose de lait journalière et le coupage correct du lait de vache ont supprimé les troubles dyspeptiques et ont amené la reprise de croissance, avec moins de rapidité et de sûreté cependant que par la remise au sein.

Si l'amélioration rapide et facile est caractéristique de l'atrophie alimentaire, les rechutes sont fréquentes quand on renouvelle les fautes de régime,

ou même souvent par simple remise au lait de vache, l'enfant présentant une véritable intolérance pour lui. Les rechutes cèdent en général aux nouvelles modifications de l'alimentation.

Les atrophiques sont d'ailleurs très fragiles, exposés aux infections et peu aptes à en triompher même quand leur manque de développement n'est déterminé que par leur alimentation.

CONCLUSIONS

I. L'atrophie peut se produire chez le nourrisson paraissant indemne de tares héréditaires, né à terme, pesant à la naissance un poids normal ; elle semble dans ce cas de cause purement alimentaire.

II. Elle s'observe, presque exclusivement, chez des nourrissons recevant une alimentation artificielle ou mixte. Souvent l'enfant s'est bien développé tant qu'il était uniquement au sein et la chute de la courbe des poids coïncide avec le sevrage total ou partiel.

III. Elle se produit le plus souvent à la suite de fautes lourdes dans l'alimentation de l'enfant. Généralement à la suite de suralimentation ou de coupage insuffisant du lait de vache. Beaucoup plus rarement à la suite de sous-alimentation, il faut dans ce cas que la dose de lait par vingt-quatre heures ait été très inférieure aux besoins de l'enfant.

IV. Parfois, dans de rares cas, nous n'avons pu découvrir de fautes dans l'alimentation, nous avons dû admettre que le lait de vache ne pouvait être bien assimilé par ces nourrissons.

V. Cliniquement les petits malades se présentent sous l'aspect classique de l'atrophique ou de l'hypotrophique.

a) Insuffisance de poids ;

Et dans les cas très accentués :

b) Insuffisance de développement de la taille ;

c) Facies vieillot.

Les troubles digestifs sont la règle, ils consistent en vomissements et selles dyspeptiques du lait de vache, épaisses, pâteuses, trop abondantes, couleur mastic.

Les épisodes de diarrhée aiguë sont fréquents et particulièrement graves.

VI. La suppression de la cause alimentaire suffit en général pour amener une rapide reprise du poids et un développement suffisant ; ce qui est caractéristique de l'atrophie alimentaire.

VII. Cependant ces nourrissons sont particulièrement fragiles, exposés aux infections et inaptes à y résister.

VIII. Le diagnostic de l'atrophie alimentaire est difficile à poser, au premier abord, d'avec l'atrophie héréditaire, syphilitique ou tuberculeuse.

a) Parce qu'elle est moins fréquente que l'atrophie héréditaire syphilitique.

b) Parce que l'atrophie héréditaire se complique souvent d'une cause alimentaire qui peut en cacher la véritable nature.

c) Parce que l'hérédité syphilitique est souvent difficile à dépister quand il n'y a pas de lésions en évolution, ni de stigmates syphilitiques, ni de réaction de Bordet-Gengou positive et qu'on se trouve en présence d'une syphilis occulte dont l'atrophie est le seul signe.

Mais dans ce cas l'atrophie, déterminée par des lésions viscérales congénitales, ne cède pas quand on modifie l'alimentation comme dans le cas d'atrophie alimentaire. C'est la reprise immédiate du poids qui éclaire le diagnostic de l'atrophie alimentaire.

d) L'hérédité syphilitique éliminée, il faut encore penser à l'hérédité tuberculeuse, moins fréquente, pratiquer la cuti-réaction à la tuberculine qui permet d'éliminer, les enfants tuberculeux et faire un examen approfondi des ascendants et des collatéraux.

e) On doit ensuite chercher à dépister les autres

causes d'atrophie héréditaire d'ordre mécanique, morbide, infectieux, toxique.

IX. Le traitement de l'atrophie alimentaire c'est la remise au sein qui amène rapidement la cessation des troubles digestifs et la reprise du poids, la courbe remontant régulièrement. Cette amélioration rapide est caractéristique de l'atrophie alimentaire.

On peut obtenir la montée du lait jusqu'à trois mois après le sevrage ou après l'accouchement, même si la femme n'a pas allaité (Quinsac. Thèse de Paris, 1904. *Retour de la sécrétion lactée*).

Si la remise au sein est impossible, le lait d'ânesse peut rendre de grands services ou à son défaut le babeurre. Dans certains cas, la diminution de la dose de lait de vache suffit pour obtenir la reprise du développement mais les rechutes sont fréquentes.

Vu : le président de la thèse,
MARFAN

Vu : le Doyen,
ROGER

Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Barbary.* — Contribution à l'étude de l'atrophie des nourrissons hérédosyphilitiques. Thèse Paris, 1919.
- Barbier.* — Notes sur la mesure de l'utilisation alimentaire chez les enfants dyspeptiques atrophiques (Bulletin Soc. Pédiatrie, 15 mai 1906, p. 203).
- Les rétentions azotées et salines des nourrissons nourris au biberon. Les atrophies florides (Bulletin de la Soc. de Pédiatrie, nov. 1912).
- Pathologie du lait de vache, les infiltrés, les atrophies florides (Journal de Diététique, 31 janvier 1913, t. II, n° 2).
- Barbier et Cléret.* — Atrophie des nourrissons et lésions congénitales du foie des nouveaux-nés (Arch. de Médecine des Enfants, 1914, t. XVII).
- Barbier.* — Disparition de l'acide glycuronique dans l'urine des athrepsiques (Soc. médicale des Hôpitaux, 17 déc. 1915).
- Les nourrissons hérédosyphilitiques et leur alimentation (Journal de Diététique et de Bactériologie, 1916)
- Variation de l'acide glycuronique dans l'urine des atrophiques (Arch. de Médecine des Enfants, mai 1916).
- Atrophie chez les hérédosyphilitiques sans manifestations actives. Réaction de Bordet Gengou. Classification des atrophies (Arch. de Médecine des Enfants, avril 1919, p. 169).
- A propos de 6 cas de maladie de Parsot, traitement de l'atrophie hérédosyphilitique (Arch. de Médecine des Enfants, 1921, n° 12).
- Cattaneo.* — Atti del IV Congresso pediatrico italiano (Firenze, 15 à 20 oct. 1901, p. 45).
- Chahuet.* — Recherches sur l'absorption des graisses chez les enfants à l'état normal et à l'état pathologique. Thèse Paris, 1914.
- Charrin et Nobécourt.* — Influence des maladies de la mère sur le développement de l'enfant (C. R. de la Soc. de Biologie, 26 oct. 1896).

- Combe et Martel.* — Contribution au traitement de l'athrepsie de l'enfant (Arch. de Méd. des Enfants, juillet 1902).
- Les maladies gastro-intestinales aiguës des nourrissons. Paris, 1913.
- Comby.* — L'allaitement maternel au-dessus de tout (Arch. de Méd. des Enfants, 1920; Revue générale, p. 184).
- L'allaitement maternel (Arch. de Méd. des Enfants, 1920, p. 608).
- Devouge.* — Atrophie d'origine syphilitique. Thèse Paris, 1922.
- Paolo Galli.* — La lactothérapie dans l'intolérance du lait et dans l'atrophie infantile. Faenza, 1922.
- Grancher et Comby.* — Traité des Maladies de l'enfance.
- Hutinel.* — Maladie des enfants.
- Jegourel.* — De l'atrophie pondérale gastro-intestinale chez le nourrisson au sein. Thèse Paris, 1904.
- Jouffrault.* — Recherches sur la circulation artérielle du nourrisson. Thèse Paris, 1919-1920.
- Lesage.* — Traité des maladies du nourrisson, 1911.
- Atrophie, athrepsie des nourrissons (Paris médical, 6 déc. 1913).
- Sur l'atrophie des nourrissons (Journal de Médecine de Paris, juillet 1914).
- Lesage et Cléret.* — Recherches sur l'anatomie pathologique de l'atrophie spasmodique congénitale du nourrisson (Soc. de Biologie, 7 mai 1914).
- Minet (Jean).* — Contribution à l'étude du sang dans l'athrepsie. Thèse Lille, 1907.
- Marfan.* — Sur l'athrepsie (Presse médicale, 18 avril 1896).
- Affections des voies digestives.
- Considérations générales sur l'enfance, ses périodes et ses maladies (La pratique des maladies des enfants, I, 1909).
- Marfan, Dorencourt, Saint-Girons.* — Les pertes minérales par les selles chez un athrepsique (Société de Pédiatrie, 11 nov. 1913; Le nourrisson, janvier 1914).
- Marfan.* — Maladies des enfants.
- Traité de l'allaitement, 1920.
- Marfan, Turquety et Aris.* — L'alimentation des nouveau-nés débiles (Paris médical, nov. 1924).
- Nobécourt.* — Les infections digestives des nourrissons, 1904.
- Nobécourt et Merklen.* — Notes sur l'absorption de la graisse chez les nourrissons normaux et dyspeptiques (Bull. de la Soc. de Pédiatrie, juin 1906).
- Nobécourt et Lemaire (J.).* — Insuffisance et excès d'alimentation chez les nourrissons à la période d'allaitement (Journal médical français, 15 sept. 1912).

- Nobécourt et Maillet (Marcel)*. — Hémococonies, réaction des pigments et des sels biliaires dans les fèces des nourrissons (Bull. de la Soc. de Pédiatrie. Paris, juillet 1914).
- Nobécourt*. — Les hypotrophies et les cachexies des nourrissons (Arch. de Méd. des Enfants, p. 113, 169, 234, 301)
- Conférences pratiques sur l'alimentation des nourrissons.
- Orlandi (d')*. — Les globules blancs dans les troubles digestifs du nourrisson (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, juillet 1899, p. 300).
- Parrot et Robin (A.)*. — Etude clinique sur l'urine du nouveau-né dans l'athrepsie (Archives générales de médecine, II p. 29, 1876).
- Parrot*. — L'athrepsie, 1877.
- Quinsac*. — Retour de la sécrétion lactée. Thèse Paris, 1904.
- Raimondi*. — Allaitement au sein et allaitement mixte (Actualité médicale, Paris, 1914).
- Roberti*. — Vomissements paroxystiques hérédosyphilitiques. Thèse Paris, 1920.
- Saint-Albin*. — Etude sur la calorimétrie des enfants atrophiques. Thèse Paris, 1904.
- Schloss et Worthen*. — The permeability of the gastro-enteric tract of infants to undigested protein (American Journal of diseases of children).
- Thiercelin*. — Athrepsie in Graucher Comby (Traité des maladies de l'enfance, 1904. t, II, p. 290.
- Tiphaine*. — Contribution à l'étude de l'atrophie floride. Thèse Paris, 1914.
- Variot*. — Traité de l'hygiène infantile, 1910.

Imp. de la Faculté de médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 3335-23
